

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

## Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-415606

CA

58680

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 4549

Matricule : 4549 Société : R.A.M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Non

Nom & Prénom : BENDDA Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 11 Rue Garache App 18 Des Meryem  
CA 34 BCAN CA

Tél. : 0668163375 Total des frais engagés : 667,50 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CA 34 BCAN CA

Le : 18/01/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-415606

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

4549

BENDDA

667,50



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

Toute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions légales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهيدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Identification de l'agent :   
 تاريخ الإيداع :   
 14



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

المرجع رقم : .....

Nom et prénom : **BAKKA FADOUA** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **11111111** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **5571111111** : رقم التسجيل

N° CIN : **A 11111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : **81 Rue Lascaris Appart 404** : العنوان

Montant des frais (Dhs) : **667,50** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **06** : عدد الوثائق المرفقة

Bénéficiaire de soins : **BAKKA FADOUA** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **BAKKA FADOUA** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **16/11/57** : تاريخ الازدياد

N° CIN : **A 11111111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** : الجنس

Identification du médecin traitant : **01111111** : رقم الطبيب المعالج

N° INP : **01111111** : الرقم الوطني للاستدلال للممارس

Type de soins : **01** : نوع العلاجات

Maladie : **01** : مرض

Maternité : **01** : أمومة

Hospitalisation : **01** : استشفاء

Accident : **01** : حادث

Pli confidentiel remis : **Oui** : تم تقديم الظرف المغلق

Date de grossesse : **11/11/11** : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : **11/11/11** : التاريخ المرتقب للولادة

Date d'hospitalisation : **11/11/11** : تاريخ الاستشفاء

Date d'accident : **11/11/11** : تاريخ الحادث

Causes : **11/11/11** : أسباب الحادث

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه : **11/11/11** : أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : **11/11/11** : أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : **11/11/11** : حري : **11/11/11** : حري

Signature de l'assuré (e) : **11/11/11** : توقيع المؤمن له (لها)

Signature du médecin traitant : **11/11/11** : توقيع الطبيب المعالج

Identification Nationale du Praticien : **11/11/11** : DNP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case : **11/11/11** : Cocher la mention utile pour chaque case









En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

REJET 1

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	25/01/2021	Virement	-	667,50	221,00	13,30	234,30
65065236	15/12/2020	Payé en : 41 jours		BAKKALI FADOUA	667,50	221,00	13,30	234,30
- 1	-	20/01/2021	Virement	-	201,00	132,00	33,00	165,00
64789095	01/12/2020	Payé en : 50 jours		BAKKALI FADOUA	201,00	132,00	33,00	165,00

CENTRE  
CARDIOLOGIQUE  
CASA-ANFA



مركز  
أمراض القلب  
البيضاء أنفا

Casablanca le 27/11/2020

Mme BAKALI Fadoua

38,70 - Calcibronat 1 cpj matin

87,00 - Relaxium 300mg 1 cpj le soir pdt 01.05

11,80 - Avlocardyl 40g 1/2 - 0 - 1/4

167,50  
PHARMACIE DU JASMIN  
Mme MIRANI Rajaa  
61, Avenue 2 Mars - Casa  
Tel: 05 22 94 17 67



Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd Al Massira Al Khadra - Casa  
Tel: 0522.39.31.01 - Fax: 0522.36.79.35

Urgence 24h/24h المستعجلات

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22  
www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002  
Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22  
بتاننا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



DATE D'EXAMEN : 27/11/2020

FACTURE N° 2145/20

NOM ET PRENOM : MME BAKALI FADOUA

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	500,00	500,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			500,00

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :  
CINQ CENT DIRHAMS ./.



Urgence 24h/24h **المستعجلات**

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22  
www.cardiocasaanfa.com - Email: contact@cardiocasaanfa.com - I.C.E. : 001742957000002  
Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا- الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22  
بتانكا: 35806678 - ت ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 013 780 01104 01384700132 48



ID: M - Bekkan Faddou  
Nom: Ans:  
Sexe: Homme Date naiss:  
Symptômes:  
10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz

Medicament: D<sup>9</sup> Jergene  
cm kg mmHg  
Historique:  
10 mm/mV  
Nov-28-2020 8:53 AM  
119 bpm





Nov-28-2020 8:53 AM

ID:

Non:

Sexe: Homme

Date naiss:

Ans

cm kg mmHg

Fréquence ventriculaire 118 bpm

Intervalle PR 162 ms

durée QRS 86 ms

int. QT/QTc 328/ 398 ms

axe P/QRS/T 71/ 0/ 63 °

ampl RV5/SV1 0.825/ 0.870 mV

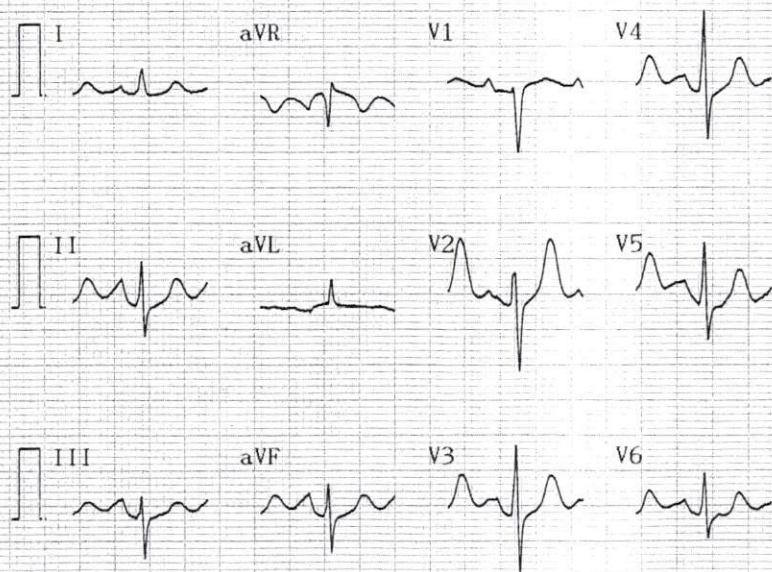
ampl RV5+SV1 1.695 mV

1120 Tachycardie sinusale

0102 ARTEFACT PRÉSENT

9140 \*\* Rythme ECG anormal\*\*

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par:

Exam: