

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

## Informations 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.

## Biologie 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 canalaires, 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 canalaires.

## 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**

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

*Complémentaire*  
**Déclaration de Maladie**

N° M20- 0005412

*59799*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2589*

Société : *Royal Air Maroc*

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : *HANANI Noureddine*

Date de naissance : *24/07/1955*

Adresse :

Tél. : *0630318885* Total des frais engagés : *1176,2* 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 : *Casablanca*

Le : *16/02/2021*

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عناية 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....



# وزارة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
RéANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : CHRAÏBI AFIFA

رقم الانخراط : 195007

رقم التسجيل : 432309942

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B332774

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : HADICAT OUM ERABSI I groupe 8

Montant des frais (Dhs) : 1176,20

عدد الوثائق المرفقة : 3

Declaracion du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي و الشخصي : .....

تاريخ الإيداع : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

الجنس : \* : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلال للممارس : N° INP : 061024442

نوع العلاجات : Type de soins : .....

تم تقديم الظرف المعلق : \* : Maladie \* ☒ مرض ☐ Pseudoconfidentiel remis ☐ Oui ☐ Non

تاريخ الحمل : Date de grossesse : .....

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement : .....

تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation : .....

تاريخ الحادث : Date d'accident : .....

أسباب الحادث : Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

فعل : 08/02/2024  
في : 13/04/2024

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite  
يمنع مطلقا بيع هذا المطبوع



### وصف العمليات المجرأة

[illegible]

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

<p><b>PHARMACIE EL CHALAK</b></p> <p>S. CHALAK - El Chakir Docteur en Pharmacie 55, Av. Oued Sebou - El Ouffa Tél / Fax : 05 22 90 53 45 CASABLANCA ICE : 001541468000057</p>	<p>التمويل الطبي <b>Signature et Cachet du Pharmacien et des Responsables de la pharmacie</b></p>	<p>الثمن المفوتر <b>Prix facturé</b></p>	<p>تاريخ التخليد <b>Date d'exécution</b></p>

CIM - 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

INP: 09300059

**LABORATOIRE MERS SULTAN**  
Dr. SAYEH Fahd  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca - Tél/fax : 0522/24157  
INFO : 0522/05050

## Actes Paramédicaux

عمليات المعاديين الطبيعيين

maladies professionnelles ne sont pas couvertes.

[illegible][illegible]

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie  
Pédiatrie

Diplômée de l'université  
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمية

Casablanca, le : 13/01/2021.

Patient (e) : M<sup>me</sup> CHRAÏB Aïffa

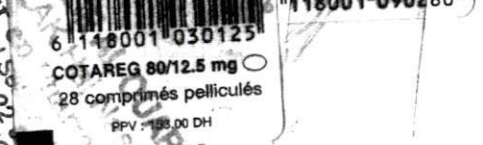
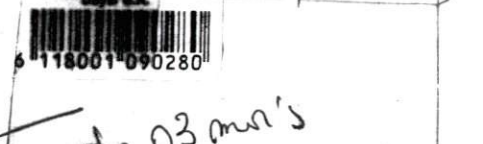
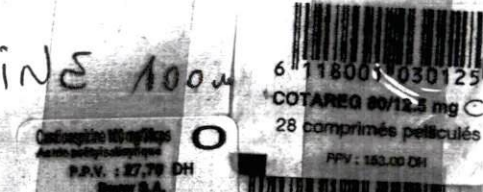
① CARDIOASPIRINE 100mg  
27.70 x3 1cp/j à midi

② COTAREG 80mg  
153.00 x3 1cp/j

③ Glucos 00  
49.70 x3 1cp 2

④ newflex  
95.00 x2 1app 3

781.20



Dr. Loubna BERRADA  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 Rés. Al Firdaous  
H.H Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

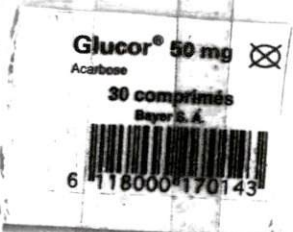




ISOPHARM  
Neutral Cooling  
95.00 DH



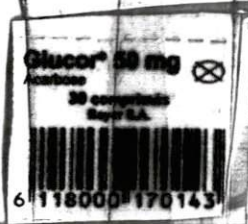
ISOPHARM  
Neutral Cooling  
95.00 DH



LOT: M0111  
EXP: MAR 2022  
PPV: 49.70 DH



LOT: M0110  
EXP: MAR 2022  
PPV: 49.70 DH



LOT: M0110  
EXP: MAR 2022  
PPV: 49.70 DH

Dr. Loubna BERRADA ZEROUALI

Médecine Générale

Echographie  
Pédiatrie

Diplômée de l'université  
de médecine de CRIMEE



الدكتورة برادة لبنى

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الأطفال

خريجة كلية الطب بكريمي

Casablanca, le :

13/01/2021

Patient (e) :

N° - HIRAB, A. F. P  
FAIRE SUV

TRANSAIRMPSE

Hb glyc

LABORATOIRE MERS SULTAN  
Dr. SAYEH Fahd  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52  
M.D. : 09 30 00 594

Dr. Loubna BERRADA  
Médecin Généraliste  
Imm. C32 F.H. Al Firdaous  
H.H. Casablanca  
Tél. 05 22 90 56 25

# L ABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALE

196, AV.Mers Sultan Appt.32, 5ème étage  
(À côté de la clinique DES JARDINS)  
Tél. & fax : 05 22 22 41 52

Dr. Fahd SAYEH  
Pharmacien

**Facture n° 1ARJ3213**

CASABLANCA LE : 18/01/2021

Analyses effectuées le: 18/01/2021

Pour.....: **Mme CHRAIBI AFIFA**

Sur prescription du: Dr

Code.....: 3EH1220



Organisme.....: **CNOPS**

## Examen:

GOT=B50 GPT=B50 HBA1C=B100

Cotation : (B 200 )

**Montant Net : 245.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENT QUARANTE CINQ Dhs 00 Cts**

**LABORATOIRE MERS SULTAN**  
**Dr. SAYEH Fahd**  
196, Avenue Mers Sultan  
Casablanca - Tél/Fax : 05 22 22 41 52  
INP : 093000594  
**Dr. SAYEH Fahd**  
Tél : 05 22 22 41 52  
INP : 097159396