

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.

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
Prise en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

Pour COMPLÉMENT

Déclaration de Maladie

N° P19- 055546

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

66128 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Hammou Abdelouahed

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : 5, Rue de l'Horloge Rabat

Casablanca

Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BELAHME KHATTA

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 : 27/03/2021

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



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

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

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلية.

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

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

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

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

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

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

توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



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 :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : BELAMINE KHADJA

N° Affiliation : 2971143

N° Immatriculation : 9132805742

N° CIN : B 4282419

Liën de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 5, RUE DE L'HENRIOT POISSON

Montant des frais : Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BELAMINE KHADJA

Date de naissance : 190808

N° CIN : B 4282419

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1051A101231A317

Type de soins نوع العلاجات

Maladie* ☒ مرض Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation* ☐ استشفاء Date d'hospitalisation :

Accident* ☐ حادث Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 2021

Signature de l'assuré(e)

J'affirme par cette déclaration la véracité des renseignements ci-dessus.

Fait à : CASABLANCA

le : 2021

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

[illegible]

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22-02-21	624,00 dl.	PHARMACIE LABORATOIRE 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole Casablanca, Tél: 0522 28 05 76
	INP: 092044472	DOR. 3, Rue l'Hérault Av. Nadir-Pole Casablanca, Tél: 0522 28 05 76
	INP: [][][][][][][][]	
	INP: [][][][][][][][]	

[illegible]

Dr. Nadia BENJELLOUN H.

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE CLINIQUE

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Montpellier

Expert Assermentée Près les Tribunaux

CU "Douleur et Soins de Support"

الدكتورة نادية بنجلون ح.

الطب العام

الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بمونبليي

خبيرة محلفة لدى المحاكم

"الألم والعلاج بالدعم"

Casablanca, le 22.02.2022 في الدار البيضاء.

17 = BELAMINE KHARAJA

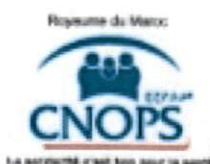
208100 - Coveram 5/5 x. 3 mg
x3

14 h le matin 05 mg

624100

PHARMACIE NADOR
LAHLOU Abdelali
3, Rue l'Hérault Av. Mohammed VI
Casablanca - Tél. 0522 28 6576



[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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](#)[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	-	24/03/2021	Virement	-	774,00	388,87	77,26	466,13
66282758	23/02/2021	Payé en : 29 jours		BELAMINE KHADIJA	774,00	388,87	77,26	466,13
1	-	01/02/2021	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	19/10/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13