

# 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.

## Diagnostique 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

## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002118

69828  
☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : RAM (Royal Air Maroc)  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : Saad Moushiki  
Date de naissance :  
Adresse : Quartier Almaz Des Amban 8 CH 12 Immeuble F  
Tél. : 0666 123 149 Total des frais engagés : 1155 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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 طرف الممارسين على كل ورقة علاج

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SANA A. EL MALYA** الاسم العائلي والشخصي : **هنا.أ.المليح**

N° Affiliation : **385534** رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : **439210774** رقم التسجيل :

N° CIN : **8K358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : **Appt 32, C. de la Méditerranée, 20000, Sousse** العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **1455** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **EL MALYA Sana** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **EL MALYA Sana** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **29071989** تاريخ الزيداد :

N° CIN : **8K358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe \* : **M** ذكر **F** أنثى الجنس \* :

### Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091100413** الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

Type de soins : **091100413** نوع العلاجات

Maladie \* ☐ مرض \* **Pli confidentiel remis\* : Oui Non** تم تقديم الظرف المغلق \* :

Maternité \* ☐ أمومة \* **Date de grossesse :** تاريخ الحمل :

Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* **Date prévue d'accouchement :** التاريخ المرتقب للولادة :

Accident \* ☐ حادث \* **Date d'hospitalisation :** تاريخ الإستشفاء :

**Date d'accident :** تاريخ الحادث :

**Causes :** أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. **Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.**

Fait à : **حرر بـ** **le : 16 NOV. 2020** في : **16 NOV. 2020**

le : **09 FEB. 2021** في : **09 FEB. 2021**

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

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

O.M.F.A.M  
16 NOV. 2020  
Arrivée HAY HASSANI

O.M.F.A.M  
09 FEB. 2021  
Arrivée HAY HASSANI

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العطلات Dates des actes	رمز العطلات Code des actes	معامل العطلات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإجهاني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العطلات Dates des actes	رمز العطلات Code des actes	معامل العطلات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



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

NON PAYE 1

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
4	-	05/03/2021	Virement	-	3 546,50	2 045,67	616,31	2 661,98
66022870	09/02/2021	Payé en : 24 jours		EL MALYH SANAA	300,00	90,00	16,88	106,88
→ 66022924	09/02/2021	Payé en : 24 jours		EL MALYH SANAA	1 155,00	619,10	243,90	863,00
66036990	10/02/2021	Payé en : 23 jours		EL MALYH SANAA	1 941,50	1 272,57	339,53	1 612,10
66037030	10/02/2021	Payé en : 23 jours		EL MALYH SANAA	150,00	64,00	16,00	80,00
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00

# Docteur Omar SEFRIOUI

Professeur Agrégé

Gynécologie Obstétrique

Ex enseignant à la faculté de médecine de Casablanca  
Ex Responsable des Urgences Maternité Ibn Rochd  
Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp. A. Bécclère)  
Ex. Formateur de l'université John Hopkins (Baltimore - USA)  
Diplômes européens d'hystérocopie et de stérilité du couple

Chirurgie gynécologique et Cancérologique  
Chirurgie du sein - Coelioscopie - Hystérocopie  
Colposcopie - Echographie 3D et doppler  
Diagnostic anténatal - Accouchement  
Traitement d'incontinence urinaire

Procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)

ANFA FERTILITY CENTER

(Clinique Certifiée ISO 9001 - 2008)

Casablanca, le

15/10/2020

213.00

NOM & PRENOM : ELMALYH SANAA

LETROZOLE 2.5MG

1CPX2/J DU 2E AU 6E J DU CYCLE

21.00 x 2

YOFOLVIT

1CP/J PDT 2MOIS

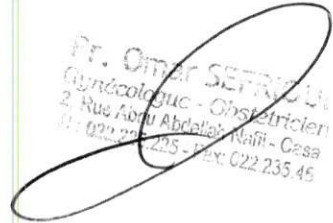
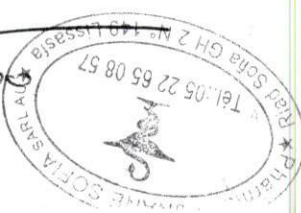
Lot: 91174  
PVT: 02/2024  
713 DH 00

Létrozole GT® 2,5 mg  
30 comprimés



Yofolvit®

28 comprimés



www.afc.ma

info@afc.ma

www.gynecobs.com

E-mail: o.Sefrioui@afc.ma

05 22 235 451 : الفاكس - 05 22 235 225 : الهاتف - الدار البيضاء - المعارف (زاوية شارع ابراهيم الروداني وزنقة رواق بنعمر) - المعماريف - الدار البيضاء - الهاتف - الفاكس : 05 22 235 451

2, Rue Abou Abdallah Naffi (Angle Bd. Brahim Roudani) - Casablanca - Tél.: 05 22 235 225- 06 93 03 34 92 / 96 - Fax : 05 22 23 54 5  
Site Web : www.gynecobs.com - E-mail : info@gynecobs.com - Site Web : www.afc.ma - E-mail : cabinetprsefrioui@gmail.com

## NOTICE : INFORMATIONS DE L'UTILISATEUR

### 1. Dénomination du médicament :

Yofolvit®, 200 µg/400 µg / 2 µg, comprimés.  
200 µg Iode / 400 µg Acide folique / 2 µg vitamine B12

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la.

Le comprimé doit être avalé entier avec un verre d'eau ou un autre liquide, au cours ou en dehors des repas.

**LETROZOLE GT 2,5 mg, comprimé  
pelliculé en boîte de 30 et 60.**

DCI : Létrozole

Veuillez lire attentivement de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.  
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la

Yofolvit® 200/400/2µg  
IODE / ACIDE FOLIQUE / VITAMINE B12

inflammation et des lésions au niveau des vaisseaux sanguins de la peau).  
Périartérite fatale (maladie vasculaire au cours de laquelle les artères petites et moyennes présentent une inflammation et des lésions).  
Affections du système immunitaire :  
Œdème (gonflement), y compris l'œdème facial et de la glotte.

Troubles généraux :  
Réactions d'hypersensibilité (allergies) et malaise général.  
Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez tout effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sans objet.

Si vous ressentez un des effets mentionnés et qu'il vous paraît grave, veuillez-en informer votre médecin.

Certains effets indésirables sont fréquents. Ces effets indésirables peuvent concerner 1 à 10 patients sur 100.

• Eruption cutanée • Maux de tête • Vertiges • Malaise (sensation générale de ne pas se sentir bien) • Troubles digestifs, tels que nausées, vomissements, indigestion, constipation, diarrhées • Augmentation ou perte de l'appétit • Douleurs musculaires • Amincissement des os ou fragilisation osseuse (ostéoporose) pouvant entraîner dans certains cas des fractures osseuses.

11. Les effets  
véhicule ou  
Aucun effet  
à utiliser des

12. Symptôme  
Si vous avez  
surdosage ou  
médecin ou  
toxicovigilance