

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

## ditions 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.

## rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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

## éducation :

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.

## entaire :

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

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002106

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12 907

Société : Royal Air Maroc

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Saad Moussik

69830

Date de naissance :

Adresse : Quartier Almaz, Ras Ambou 9 G.H 12

Immeuble F

Tél. : 0666 123 149

Total des frais engagés : 500

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 :

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 un 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 المشددة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التحاددية 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 المعسوفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



0665 96 8954

# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref: ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

## Partie réservée à l'assuré(e)

## خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : **ELMALYH Samia**

رقم الانخراط : **385534**

رقم التسجيل : **432910774**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **BK358278**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : .....

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : **Quartier Almaz, Res Ambas 2 CH12 Immeuble F**

**Apt 32 Casablanca**

مبلغ المصاريف (درهم) : **503**

عدد الوثائق المرفقة : .....

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **ELMALYH Samia**

تاريخ الأزيداد : .....

رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

الجنس : **مذكر** F **أنثى**

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **INPE:091131310**

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق : **Non** Oui

تاريخ الحمل : .....

التاريخ المرتقب للولادة : .....

تاريخ الاستشفاء : .....

تاريخ الحادث : .....

أسباب الحادث : .....

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **الدار البيضاء**

le : **15/12/2021**

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'établissement de soins

INP - Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التضاضدية
<p><b>O.M.F.A.M</b> <b>09 FEV. 2021</b> <b>Arrivée HAY HASSANI</b></p>	
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإيداع : .....
Date de dépôt du dossier : .....	

Dr. SOUALLI **MAJBAR RAHIB**  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHIE  
2 Mars CASABLANCA

## description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
15/12/20	en l'h			G	

CIM - 10

## جاء الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
15/12/20	f e			500	

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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



Identifiant du patient : 20M0007370

Date de naissance : 29/07/1989

Sexe : F

Date de l'examen : 15/12/2020

Prélevé le : 15/12/2020 à 14:34

Edité le : 16/12/2020 à 09:19

**EL MALYH SANAA**

**Dossier N° : C20129776**



## DÉPISTAGE ET SUIVI DU COVID-19

### BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

(Recherche qualitative de l'ARN du SARS-CoV-2, PCR en temps réel)

Nature du prélèvement	:	Ecouvillon nasopharyngé
CONCLUSION	:	ARN viral du SARS-CoV-2 négatif

Le 16/12/2020 à 09:19

Signature

Pr. EL BAKKOURI Jalila

### Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: [lnr@fckm.ma](mailto:lnr@fckm.ma)  
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.

**FACTURE N° : 104818 / 20**

**Dossier réalisé le : 15/12/20 14:40**

A l'attention de : **EL MALYH SANAA**

Identifiant du patient : **20M0007370**

**Analyses :**

COVID-19 - PCR

B 500

500,00 DHS

**Total dossier : 500,00 DH**

**Arrêté la présente facture à la somme de :  
CINQ CENTS DIRHAMS**



Dr. Squalli Majbar Rabia

Médecine Générale

Echographiste Diplômée de la Faculté  
de Médecine de Montpellier  
Nutritioniste - Obésité



الدركتورة الصقلي مجبر ربيعة

الطب العام

دبلوم في التشخيص العلمي بالصدى  
من كلية الطب بمونبولييه  
التغذية - علاج السمنة

Casablanca, le 14/12/2020 الدار البيضاء في

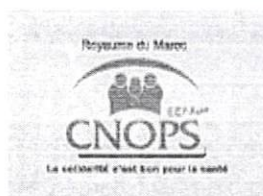
EL Nadyh Sanaa

1) PCR covid

Dr. SQUALLI MAJBAR Rabia  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHISTE  
252, Bd. 2 Mars, Riad El Ali  
tél. 80.19.65 - CASABLANCA

252, Bd. 2 Mars, Riad Ali - Casablanca الدار البيضاء - الرياض العالي - شارع 2 مارس

الهاتف : 05 22 80 19 65



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**

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	Motif
1	-	-	500,00	0,00	0,00	0,00	
66036789	10/02/2021	EL MALYH SANAA	500,00	0,00	0,00	0,00	Médicament ou acte non remboursable.