

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



## Déclaration de Maladie

N° M20- 0002107

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : Royal Air Maroc  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : Saad Moushiki 69834  
 Date de naissance : 08/10/21  
 Adresse : Quartier Almaz, Des Amban 2, CH12  
 Immeuble R  
 Tél. : 0666 123 149 Total des frais engagés : 300 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

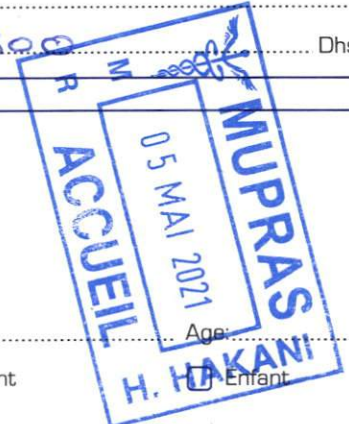
Cachet du médecin :  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : .....  
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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



### 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



# 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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

الآخطار 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاقدية
	
Identification de l'agent :	تاريخ الإيداع
Date de dépôt du dossier :	



0665968954

# 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)

Nom et prénom : **Sanaa EL MALYH** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **385534** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **438910774** : رقم التسجيل

N° CIN : **BK358278** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **Quartier Almaz Amban 2011 Immeuble F** : العنوان

**Ap 32 Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **300** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **3** : عدد الوثائق المرفقة

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **EL MALYH SANA** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **EL MALYH SANA** : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الازدياد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى : الجنس

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **INPE:091131318** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie : **مرض** : تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non

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

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

Accident : **حادث** : تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :

Causes : : تاريخ الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <b>حرب الدار البيضاء</b> le : <b>14/12/2021</b></p> <p>توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصريح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus données exactes et véritables.</p> <p>Fait à : <b>حرب الدار البيضاء</b> le : <b>14/12/2021</b></p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p>
--	--

INP : Identification Nationale du Praticien  
Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Dr. SQUALLI MAJBAH  
Médecine Générale  
ECCENTRIQUE EL ALI  
Bd. 2 MAJBAH EL ALI  
65 CASABLANCA

# description des actes effectués

## وصف العمليات المجرىة

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
14/12/20	Cont				

CIM - 10

## جرد 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 و الصور

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
05.01.2021	2-2			3000	

091036442

## 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





الفحص بالأشعة سیدی معروف  
RADIO DIAGNOSTIC SIDI MAAROUF

**Dr. Nadia Moubachir**  
Spécialiste en Radiologie

**Dr. Ikram Zaamoune**  
Spécialiste en Radiologie

Casablanca , Le 05/01/2021

PATIENT : EL MALYH SANAA  
MEDECIN TRAITANT : DR SQUALLI MAJBAR RABIA  
EXAMEN(S) REALISE(S) : RX DU GENOU GAUCHE F+P

### COMPTE RENDU

Absence de lésion osseuse focale.  
Discret pincement de l'interligne articulaire fémoro-tibial du compartiment interne .  
Rapports articulaires conservés.  
Absence d'anomalie des parties molles.  
Rotule en place.

Confraternellement  
**Dr ZAAMOUNE IKRAM**



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

**i** 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

Dr. Squalli Majbar Rabia

Médecine Générale

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



الركتورة 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 Nelyani Sanaa ELMALYH  
R.R. Sanaa

1) Radiographie du genou G<sup>h</sup> face et  
Profil

Radio Diagnostic  
Sidi Maderouf  
100, Boulevard Sidi Maderouf  
Casablanca

Dr. SQUALLI MAJBAR Rabia  
Médecine Générale  
ECHOGRAPHISTE  
Bd 2 Mars - Riad Ali  
80 19 65 CASABLANCA



Casablanca, le 05/01/2021

**FACTURE N° : 00054/2021**

Nom & Prénom : EL MALYH SANAA  
Date d'examen : 05/01/2021

Examens	Honoraires
RX DU GENOU GAUCHE F+P	300 DH
NET A PAYER	300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
**TROIS CENTS DH**

Radio Diagnostic  
Sidi Maarouf  
109, Lotissement Soufiane Sidi Maarouf  
Casablanca  
Tél : 0522 32 17 65

109, شارع شيماء لوتيسما سفيان - سیدی معروف - عين الشق - الدار البيضاء  
109, Lotissement Soufiane - Sidi Maarouf - Aïn Chock - Casablanca  
Tél : 0522 32 17 65 - Email : radiologie.sidimaarouf@gmail.com  
ICE : 002164594000014 - Patente : 36101026 - I F : 31860431  
CNSS : 1276798 - www.radiologiesidimaarouf.ma