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

tions 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.

iologie 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.

ique :

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

ducation :

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.

ntaire :

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.

aladie 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 caractère personnel.

UPRAS : 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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

Déclaration de Maladie

Nº M21- 069247

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6515 Société : RAM 83558

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : HANIF AS MAN

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... 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) : .....

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

= Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
= Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
= Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
= Visite de jour au domicile du malade par le médecin
= Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
= Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
= Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
= Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
= Actes de chirurgie et de spécialistes

SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide- orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

a mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle nédical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis a cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remi sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU REVENTORIUM
EJOUR EN MAISON DE REPOS
ES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit actes répétés en plusieurs séances ou actes lobaux comportant un ou plusieurs échelonnes ans le temps.

- **LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES**
- **L'ORTHOPEDIE**
- **LA REEDUCATION**
- **LES ACCOUCHEMENTS**
- **LES CURES THERMALES**
- **LA CIRCONCISION**
- **LE TRANSPORT EN AMBULANCE**

EN CAS D'URGENCE

es actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit révenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade

DATE DE DEPOT

MUPRAS

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

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1617447

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HANIF ASMAA EP. BELLA
Matricule : 6515 Fonction : Leader C. Budget 2231
Adresse :
Tél. : 0673564497 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : Age
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☒ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : Complement
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CASA le 10 / 09 / 2021 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION 1617447

Matricule N° : 6515
Nom du patient : Abdelk
Date de dépôt : 10/09/2021
Montant engagé 659,80 RB. 501,60
Nombre de pièces jointes :

MUPRAS

Réf. Imp. 302 216 025

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Cœfficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

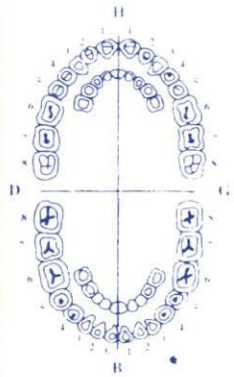
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement car ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Cœfficient



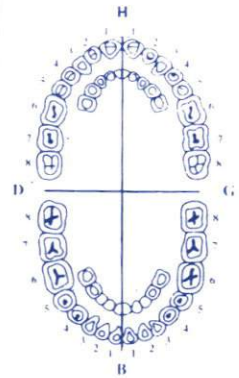
CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
	25533412 / 21433552	
D	00000000 / 00000000	G
	00000000 / 00000000	
	35533411 / 11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

CŒFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

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 les praticiens 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 المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

الأخطار 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر 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.

Cachet et signature de la mutuelle — توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :.....

Date de dépôt du dossier : | | |

description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
28/6/21		CS/C CCG		250,00	

CIM - 10

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP :					
INP :					
INP :					

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis — جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المؤونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/06/2021	409,80	STE PHARMACIE HAMZA CASABLANCA Lotis. Haj Fatemi Rue 6 N° 3 Lot. 64 Casablanca - Tél: 0522 93 10 28
	INP : 0912013021 6 1	
	INP :	
	INP :	

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					
INP :					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Royaume du Maroc

CNOPS

MR ABDELKRIM BELLA
RES ATTADAMOUNE, RUE O NR
79 EL OULFA
CASABLANCA
20202 CASABLANCA HAY

000068628114

Accuse de Reception

N° Réception : 68628114
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELLA ABDELKRIM
Immatriculation : 93227354 / 090016242
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELLA ABDELKRIM
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 6/07/2021 11:56
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur du dossier : 659,80
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 9MGE398

Code Etablissement :
Etablissement :

AMO

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect) 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 | ENREGISTRE 1 | EN COURS DE TRAITEMENT 1 | PAYE | RETOUR POUR COMPLEMENT 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
2	-	24/08/2021	Virement	-	1 707,80	1 113,70	129,98	1 243,68
68628176	06/07/2021	Payé en : 49 jours		BELLA CHAIMA	1 048,00	620,60	121,48	742,08
68628114	06/07/2021	Payé en : 49 jours		BELLA ABDELKRIM	659,80	493,10	8,50	501,60
1	-	18/05/2021	Virement	-	1 137,70	719,54	166,55	886,09
1	-	20/04/2021	Virement	-	1 100,00	379,20	56,09	435,29
1	-	09/04/2021	Virement	-	11 250,00	9 000,00	1 800,00	10 800,00
2	-	31/03/2021	Virement	-	792,20	523,40	32,50	555,90
1	-	01/02/2021	Virement	-	170,00	128,00	24,00	152,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 060,30	1 346,70	221,90	1 568,60
1	-	09/09/2020	Virement	-	659,80	493,10	8,50	501,60

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr) ★★☆☆☆

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Réalisation SQLI

Dr. Mehdi BENJELLOUN
Spécialiste des maladies
du coeur et des vaisseaux

الدكتور مهدي بنجلون
إختصاصي في أمراض القلب
والشرايين

Casablanca, le : .....28/06/2021.....

Nom et Prénom : .....

BELLA ABDELKRIM

AMLOR 5 mg 56 COMPRIMÉS 6 118000 250012

AMLOR 5 mg 56 COMPRIMÉS 6 118000 250012

AMLOR 5 mg 56 COMPRIMÉS 6 118000 250012

136,60 X 3

AMLOR 5
1 comprimé le matin, pendant 4 mois

409,80

STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lotis. Hajfatem Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28

زنقة 2، رقم 61 - الطابق الأول - مدار الشهدية - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 - البريد الإلكتروني : drmehdibenjelloun@gmail.com

Rue 2, N° 61 - 1er Etage - Rp chhdia - EL Oulfa - Casablanca - Tél : 0522.91.07.62 - 0604.72.39.14 E-mail : drmehdibenjelloun@gmail.com

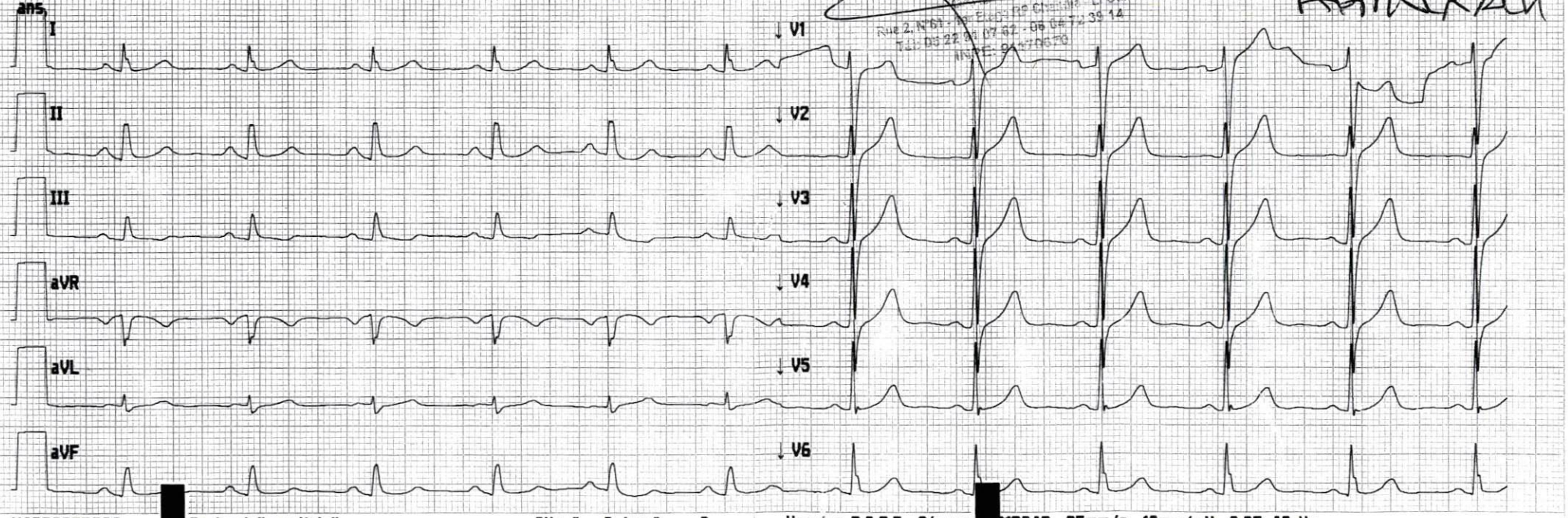
70.557

BELLA
AMAKRIN

ID:
D-naiss:
ans

28-Jui-2021 16:10:18 Fréq. Card.: 71 BPM
Axes P-R-T: 57 58 34 Int PR: 168ms
Dur.QRS: 100ms QT/QTc: 387/409ms

28-Jui-2021 16:10:18



114330225506 [redacted] Dr benjelloun Mehdi Site * 0 App.* 0 Version 2.0.3.5 Séquence [redacted]19042 25mm/s 10mm/mV 0.05-40 Hz