

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Pathologie 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° M21- 068758

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : CHADIT Abdelhamid
Date de naissance : 15.07.1967
Adresse : 56, Hay Mersaoudia 218 CID
Tél. : 06619 76211 Total des frais engagés : 1885,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/07/21
Nom et prénom du malade : Henda Elhyalim Age: 209.77
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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/07/21

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

Feuille de soins par personne et
ment.

de soins doit être accompagnée de
pièces justificatives originales
ces médicales, factures, résultats
ns de radiologie et/ou de laboratoire).

t prénom de la personne soignée
e portés par les praticiens eux mêmes
e feuille de soins.

ectus et les PPM concernant les
ents achetés doivent être joints aux
ces transmises.

le de soins ainsi que les pièces
ives doivent être présentées à votre
dans les deux mois qui suivent le
acte médical, sauf s'il y a traitement
ontinu. Dans ce dernier cas, le dossier
présenté dans les soixante (60) jours
nt la fin du traitement.

oursement des frais engagés sera
sur la base de la tarification nationale
nce.

ues liés aux accidents du travail et
professionnelles ne sont pas couverts.

ersonne coupable de fraude ou de fausse
ion pour obtenir des prestations qui
par dues, est passible des sanctions
t réglementaires.

ation de remboursement prise par la
est subordonnée au respect des
ns 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 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 الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره.

CNOPS

Feuille de soins Maladie

RéFANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Dossier :

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

Elyatime Nonda

N° Affiliation :

343334

N° Immatriculation :

432824379

N° CIN :

BH317481

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

56, rue de la République, 1885, CD
CASA

Montant des frais (Dhs) :

1885, CD

Nombre de pièces jointes :

03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

Elyatime Nonda

Date de naissance :

200977

N° CIN :

BH317481

Sexe * :

M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP :

091049023

Type de soins :

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis * Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Accident *

حادثة *

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à :

le :

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

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الطبيب العام
Cachet et Signature du médecin traitant ou du médecin général de soins.

Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

O.M.F.A.M.
27 JUN 2021
Arrivée Ain Chok

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



MME HOUDA ELYATIME
NR 56 HAY MESSAoudIA
RUE 18 CITE DJEMAA CASA
CASABLANCA CITE DJEMAA
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000068887142

Accusé de Réception

N° Réception : 68887142
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : ELYATIME HOUDA
Immatriculation : 43824379 / 040189599
Nom et Prénom Bénéficiaire : ELYATIME HOUDA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 20/07/2021 11:23
Lieu de réception : CASA AIN CHOCK
Valeur du dossier : 1885,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : M4M0337

Code Etablissement :
Etablissement :

[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	-	06/09/2021	Virement	-	1 885,00	1 166,70	494,30	1 661,00
68887142	20/07/2021	Payé en : 48 jours		ELYATIME HOUDA	1 885,00	1 166,70	494,30	1 661,00

Docteur Rachid BELGHMI
Spécialiste en Médecine du Sport
Médecine Générale



الدكتور رشيد بلغمي
تخصص في الطب الرياضي
الطب العام

وصفة طبية
ORDONNANCE

16/07/2021

ELYATIME Hada

(265,00 x 3)
1) - CRENODINE 240 LP

(157,10 x 4) 2) - Duvetix Long

(296,50 x 2) 3) - Zinloa 400

52,80 18,15 pbb long

4) - Aulcea 200
119,10 18,15

5) - Prisoone pul. parac
46,70 1 pul. x 1

6) - Zylone 100
18,00 x 1

دكتور بلغمي رشيد
Dr. BELGHMI Rachid
Médecin Général

06 63 30 09 58 - الدار البيضاء الهاتف: 29 - ميادة - 98 رقم

2735,00

