

# 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.

## 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



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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0055949

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDAI Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Louche APP 18 CASA 20210

Tél. : 0662123373

Total des frais engagés : 310,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément Remboursement CNOAS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKKACI Fadoua

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 : CASABLANCA

Le : 27/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-055949

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549

Nom de l'adhérent(e) : BERDAI

Total des frais engagés : 310,10

Date de dépôt : 27/10/2021



# 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 وأتمنتها 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 الإثباتية إلى التماهنية التي تختصون 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.

الآخطار 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.

27 يوليو 2021

Identification de l'agent: .....

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.101.01 مرجع رقم

N° Bordereau .....

N° Dossier .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BAKKALI Fadoua** الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **MB103** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **5521980843** رقم التسجيل :  
N° CIN : **A4694156** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Adresse : **81 rue Laroche BP 18404** العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **36000** مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **3** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BAKKALI Fadoua** المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **BAKKALI Fadoua** الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **27/07/1984** تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **A4694156** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** الجنس\* : **ذكر**

Identification du médecin traitant

معلومات الطبيب المعالج

N° INP : **0101414101311** الرقم الوطني للممارسين :  
Type de soins : **Maladie** نوع العلاجات :  
Maladie\* : ☐ مرض \*  
Maternité\* : ☐ أمومة \*  
Hospitalisation\* : ☐ استشفاء \*  
Accident\* : ☐ حادث \*  
Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... لتاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :  
Plf confidentiel : ☒ **Non** تم تقديم الظرف المفلق :  
Date de naissance : ..... تاريخ الميلاد :  
Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **Algiers** حرره :  
le : **27/07/2021** في :  
Signature de l'assuré(e) : **Fadoua Bakkali** توقيع المؤمن له (ها)  
Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement : **Dr BERDAËZ** Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

- INP : Identification Nationale des Praticiens  
- \* Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite







## Imprimer

Mohamed Berdai <mberdai2@yahoo.fr>

22 octobre 2021 à 12:48

Répondre à : Mohamed Berdai <mberdai2@yahoo.fr>

À : "librairie.elyoussfi@gmail.com" <librairie.elyoussfi@gmail.com>

19:07


79'
0 - 1

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 2

REJET 1

PAYE

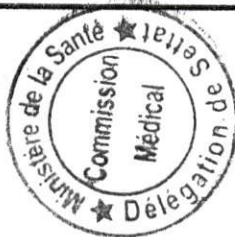
Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	14/10/2021	Virement	-	630,60	437,43	99,99	537,42
X 69433567	03/09/2021	Payé en : 41 Jours		BAKKALI FADOUA	310,10	217,07	49,62	266,69 X
69433597	27/06/2021	Payé en : 109 Jours		BAKKALI FADOUA	320,50	220,36	50,37	270,73



**ORDONNANCE MEDICALE**

Le 26/07/2021



N° BARKALI  
Fadoua

138,306 Augmenter No CP  
2cp x 2 / 5 par 08 jrs

15,30x203 Adyriae No (2 mts)  
2 gel x 2 / 5

42,00 ③ Predni 20mg  
3cp / 5

49,00x24y D une M6  
1 sup bas 4,5 jrs  
3/6,60 < 2 mts



*[Signature]*