

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

## Informations 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

- Reclamation : 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



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

## Déclaration de Maladie

N° P19- 059799

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BERDAN Mohamed

Date de naissance :

20/07/57

Adresse :

81, Rue Larache APP 18 CABA

Tél :

0662 63375

Total des frais engagés :

440,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément remboursement envoi

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BAKKMI 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 :

CABA

Le :

28 / 11 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-059799

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) :

BERDAN

Total des frais engagés :

440,80

Date de dépôt :



## 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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة 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 التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.02.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : BAKKALI F. ABOUA

رقم الانخراط : 113 183

رقم التسجيل : 552298843

رقم بطاقة التعريف الوطنية : A469456

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \* : Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنت ☐

العنوان : 81, rue Garache App 18  
Les Meryem AS ABCD 2021

مبلغ المصاريف (درهم) : 44980 DHS

عدد الوثائق المرفقة : 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : BAKKALI F. ABOUA

تاريخ الزيداد : 16/12/1957

رقم بطاقة التعريف الوطنية : A469456

الجنس \* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : INPE: 091169400

Admissio ALD\* : oui ☐ non ☐

N° dossier ALD\* :

Code ALD :

Soin ambulatoires\* : ☐ علاجات خارجية \* ☐ Pli confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐

Hospitalisation\* : ☐ استشفاء \* ☐ Date d'hospitalisation :

أشهر بصفة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : حرر ب : 26/08/2021

Le : في : 26/08/2021

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 : حرر ب : 26/08/2021

Le : في : 26/08/2021

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

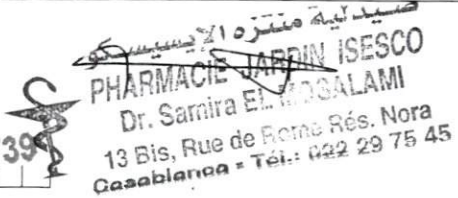
\* أنشطت الخانة

## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/08/21	140,80	 <p>صيدلية إيسكو <b>PHARMACIE IESCO</b> Dr. Samira EL MOULAMI 13 Bis, Rue de Rome Rés. Nora Casablanca - Tél.: 022 29 75 45</p>
	INP : 092065739	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

40 ملغ

برویرانولول

● 50 حبة قابلة للكسر

توقيع وطابع هـ  
lu Radiologue  
ste

RESPECTER LES DOSES PRESCRITES

احترام المقادير الموصوفة

Uniquement sur ordonnance - Liste I

بصرف فقط بموجب وصفة طبية - لائحة ا

LOT 20E011  
PER: 09 2023

AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC 850  
P.P.V.: 41DH80  
O  
118000 010227

AstraZeneca

maphar

Km 10, route côtière 111, Quartier industriel,  
Zenata Ain Sebaâ, Maroc.  
Rachid LAMRINI EL UAHABI,  
Pharmacien Responsable.

## عملی

توقيع و  
Paramédical

INP:

INP:

INP ·





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

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
- 1	-	26/11/2021	Virement	-	551,40	295,98	45,22	341,20
70139092	08/10/2021	Payé en : 49 jours		BAKKALI FADOUA	551,40	295,98	45,22	341,20
- 1	-	22/11/2021	Virement	-	440,80	141,00	9,80	150,80
69953767	09/09/2021	Payé en : 74 jours		BAKKALI FADOUA	440,80	141,00	9,80	150,80

**Dr Hind EL FILALI ADIB**  
 Cardiologue  
 Cardiologie Interventionnelle

الدكتورة هند الفيلالي أديب  
 أخصائية في أمراض القلب والشرابيين  
 أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرابيين  
 حريجه كلية الطب ببورده

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد  
 إعادة التأهيل القلبي

le : 26/08/2021

**Mme. BAKKALI FADOUA**

**Ordonnance**

4280  
 99180  
 AVLOCARDYL 40mg 1/4CP/J LE MATIN  
 RELAXIUM 375mg 1GEL/J LE SOIR  
 QSP 3 MOIS

140180

صيدلية منتزه 21  
 PHARMACIE EL MANSOURI / SESOO  
 Dr. El Mansour El MOSALAMI  
 10 Bis, Rue de Rome Rés. Nora  
 Casablanca - Tel: 622 80 78 45

Docteur Hind EL FILALI