

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

Éducation :

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



Complément
Déclaration de Maladie
N° M20- 0005510

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : royal air maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SABIRI BOUAZZA : 104657
Date de naissance : 10/02/1960
Adresse : 86, Lotissement Abderrahim 1 Mediouna.
Tél. : 0676041956 Total des frais engagés : 627,30 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 : Casablanca Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 وأثمانها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

الأخطاء الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة 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 ma mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع:



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM

مرجع رقم

N°Bordereau :

N°Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : EDDARBALI Amine : الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 355101915 : رقم الإحراط :

N° Immatriculation : 013219101810194 : رقم التسجيل :

N° CIN : 3728701 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 86, L'Assurance Abdoulaye, Médina : العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 627,30 : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EDDARBALI Amine : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 3728701 : تاريخ الإزدياد :

N° CIN : 3728701 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : ☐ ذكر ☒ أنثى : الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N°INP : 013219101810194 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie ☐ مرض ☐ Pli confidentiel remis ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق :

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

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

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

Date d'accident : : تاريخ الحادث :

Causes : : أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : Médina : حرر بـ : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

le : 24/10/2019 : في : Fait à : 24/10/2019 : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré(e) : توقيع المؤمن له (ها)

Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية



Ce plug-in n'est pas compatible.

pour complément dossier
royal air maroc

décompte :-



Accueil > Application > assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu

Royaume du Maroc



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

PAYÉ

Uniquement les dossiers pay s des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
-	-	15/02/2022	Virement	-	627,30	275,40	0,00	275,40
72129559	24/01/2022	Payé en : 22 jours		EDDARBALI AMINA	627,30	275,40	0,00	275,40



MME EDDARBALI AMINA
SALMIA 2 RUE 28 IMM 7 APT
2
CASA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 72129559 Date et heure : 24/01/2022 11:36
Nom et prénom Assuré : EDDARBALI AMINA
Immatriculation : 93908094 / 500305223
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EDDARBALI AMINA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 90150
Valeur en Dirhams : 627,30 Nombre de pièces : 6
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE336
Nom Etablissement :

Docteur Houria BEL AL AATTAR

Diplômée de la Faculté de Médecine
& de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale
Echographie
Electrocardiogramme



الدكتورة حورية بن العطار

خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

الطب العام
الفحص بالصدى
التخطيط الكهربائي للقلب

FENDAR BAL AL AATTAR

18 DEC 2024

Eraxin[®] 500 mg
levofloxacin
7 Comprimés pelliculés



6 118000 181040

Pharmacie NASSRY
Dr. Houria Bel Al Aattar
Lot Nour Allah 2024
Casablanca

EFFIPRED[®]
20 mg
20 Comprimés effervescents



EFFIPRED[®] 20 mg

PPU 58DH40
EXP 08/2024
LOT 16030 15



8 032578 479515

Lot : 210698
A consommer avant le : 09/2024
PPC : 79,90 DH

DolipraneVitaminc[®]
Paracétamol 500mg + Vitamine C 150mg
16 comprimés effervescents



6 118000

المساوي الطابق الأول فوق BIM - مديونة
Bd. Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage au d

1 Triplex 251
84,00

1 Glucophage 1000
8,00 X 2

507,30

SERVIER

ANM n° 02017 CHAPET N° 0
8001088103001

6 118001 130306
TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 184,00 Dh
Servier Maroc - Casablanca

ESPEL...
UNIQUEMENT SUR ORDONNANCE

Glucophage
30 Comprimés

6 1180

MERCK

Glucophage® 1000mg
30 Comprimés pelliculés

6 118000 081333

MERCK

MEDECIN GENERALISTE
Bd Allal Ben Abdallah - 1er étage - Meknes - Tg 30 22 30