

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



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

COMPLEMENT Déclaration de Maladie

N° M21- 063921

108266

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Residence wabilij, rue de vigne
CASA
Tél : 0621999896 Total des frais engagés : 635,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade :

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) :

15/13/2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

Accord :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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

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 والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 التعريف 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 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 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BASSIR JAMILA** الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **182166** رقم الإنخراط

N° Immatriculation : **9326102296** رقم التسجيل

N° CIN : **B 584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Adresse : **ANGLE RUE DE ROME RUE ABDELKHALAM AL KHATTABI, WILAYA 7, Apt 7, Casablanca** العنوان

Montant des frais (Dhs) : **635,00** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Mme BASSIR JAMILA** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Mme BASSIR JAMILA** الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **04/09/1962** تاريخ الميلاد

N° CIN : **B 584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : **F** أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **9326103962** الرقم الوطني للإستدلال للممارس

Type de soins : **DERMATO - VENERELOGUE** نوع العلاجات

Maladie* : **PHI CONFIDENTIEL REMIS** تم تقديم الظرف المغلق* : **Oui** (Non)

Maternité* : **Amومة** تاريخ الحمل :

Hospitalisation* : **استشفاء** التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* : **حادث** تاريخ الإستشفاء :

Causes :

أسباب الحادث :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ : **CASHA**

le : **10/08/2022** في : **08/08/2022**

Signature de l'assuré (e) : **BASSIR JAMILA** توقيع المؤمن له (لها)

Cachet et Signature du Médecin traitant : **DERMATO - VENERELOGUE** Cachet et Signature du Médecin traitant de l'établissement de soins

122, Avenue 2 Mars, Angle Bd. Moulay Idress 1er, Casablanca 20600

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Docteur Malika AJBABDI

DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE

Spécialiste des Maladies de Peau

des Ongles du Cuir Chevelu

Maladies Sexuellement Transmissibles

Cosmétologie



الدكتورة مليكة أجبابدي

إختصاصية في الأمراض الجلدية

الجلد الأظافر

الشعر والأمراض التناسلية

الطب التجميلي

Casablanca, le : 8...2...12

PHARMACIE LMY
28, Bis Rue Salonique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél : 05 22 85 43 95
Fax : 05 22 81 63 31
RC: 318383 - IF: 15221985
E-mail : l.med 5@hotmail.com

BASSIR Jaita

LOCERYL 5%
Vernis à ongles médicamenteux
Flacon de 2,5 ml
AMM N° 07 DMP/21/NCN
PPV: 321,00 DH
Distribué par SOTHEMA
B.P. N° 1, 27182 Bouskoura - Maroc
6 118001 070381

Loceryl solution fongique

320,00

2 fl / pour ongles

LOT :

PER :

PPV :

- Caustane extra

64,00

2 fl / pour ongles et les ongles

385,00

Vitex

2 fl / Taches du visage blanches

Taches de jeunesse

Canesten® Extra
15 g de crème



6 118000 170228

Dr. Malika AJBABDI
DERMATO - VENEREOLOGUE
122, Avenue 2 Mars
Angle Bd. Moulay Idriss 1er
Tél : 0522 86 17 03

122, إقامة نصر الله - شارع 2 مارس - الطابق الثاني - الدار البيضاء أنفا - الهاتف : 05 22 86 17 03
122, Résidence Nasr Allah - Avenue 2 Mars - Angle Bd. Moulay Idriss 1er 2ème étage - Casa Anfa - Tél. : 05 22 86 17 03

84.4
EJL

Royaume du Maroc



19.28

Date d'édition : 10/03/2022 11:45:35

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

73063130

Date et heure : 10/03/2022 11:45

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

635,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :

Accusé de Réception

