

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

## Consignes 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

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

COMPLEMENT

## Déclaration de Maladie

N° M21- 063920

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI Mohamed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Résidence Walid 7, rue de Rome

CASA

Tél. 0621999896 Total des frais engagés : 746,30 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 : .....

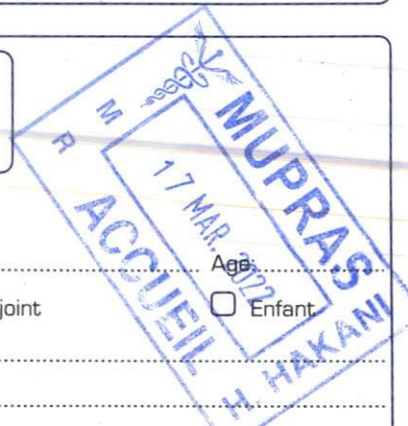
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 11/03/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تقوم إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني لتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

## توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent: \_\_\_\_\_  
Date de dépôt du dossier: \_\_\_\_\_ تاريخ الإيداع: \_\_\_\_\_



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

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف ( اختياري): ..... N° du Tél (optionnel): .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

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

رقم الانخراط: **11881166** N° Affiliation:

رقم التسجيل: **193 R/ 1602/2916** N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B151847314** N° CIN:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة): **ابن** Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*: Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان: **Rue de la Liberté, Casablanca** Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **74630** Montant des frais (Dhs):

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

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

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

تاريخ الزيادة: **01/10/2016** Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B151847314** N° CIN:

الجنس: **أنثى** Sexe\*: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒

### Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

**0111198116**

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات: **قبول المرض المزمن** Type de soins: Admission ALD\* ☐ oui ☐ non

رقم ملف المرض المزمن: **11111111** N° dossier ALD\*:

رقم المرض المزمن: **1111** Code ALD:

تم تقديم الظرف المغلق: **oui** Pli confidentiel remis\*:

تاريخ الاستشفاء: **11/11/2016** Date d'hospitalisation:

علاجات خارجية: **oui** Soins ambulatoires\*:

استشفاء: **oui** Hospitalisation\*:

فعل إلى: **CASA** Fait à:

في: **01/10/2016** Le:

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

أشهاد بصحة: **Dr. SEM** J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

توقيع وطابع الطبيب المعالج: **Dr. SEM** Cachet et Signature du Médecin traitant

أو المؤسسة الصحية: **08 22 20 40 57 05 22 4** ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع (N) La vente de cet imprimé est formellement interdite



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>20/03/02</p>	<p>146,30</p>	<p>28 Pharmacie LMY Angle Bis Rue de Rome - Casa Tél : 05 22 85 43 95 Fax : 318383 22 85 43 95 RC: 318383 22 85 43 95 E-mail : l.med.5@hotmail.com</p>
<p>INP: 092040492</p>	<p>INP: <input type="text"/></p>	<p>INP: <input type="text"/></p>

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologiste ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## Actes Paramédicaux

## 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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

و النفسية

خريجة كلية الطب بوردو

محللة لدى المحاكم

بالدور

0661.15.211

1<sup>ère</sup> Jamila Boudar

01 MAR 2022

110 kg

Sertraline 50 1 capsule

LOT 212671 1  
EXP 10 2024  
PPV 35.70

35.70 Alprazolam 0.5

1/2 capsule - 1 capsule

146.30

Dr. SEMCHAOUI Amel  
Psychiatre Psychothérapeute  
Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan  
Tél 05 22 20 40 57 05 22 47 36 18

Paul de Jean

PHARMACIE LMY  
28, Bis Rue Salonioue  
Angle Rue de Rome - Casa  
Tél : 05 22 85 43 95  
Fax : 05 22 81 53 31  
RC : 318383 IF : 15221985  
E-mail : l.med.5@hotmail.com



42, زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء  
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca  
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18  
الفاكس : 05 22 22 81 34

84.4  
EJL

10.10

Royaume du Maroc



Date d'édition : 10/03/2022 11:45:16

MME BASSIR JAMILA  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHATB 7

CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :	73063105	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 :	746,30	Nombre de pièces :	2
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE188
Nom Etablissement :			