

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,

extraction 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.

Educations :

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.

Prothèses :

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

M22- N° 004734

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : veuve

Nom & Prénom : HADRI Abdelhamed

Date de naissance : 17/9/45

Adresse : 58 Nakalla d Akli Ben Dan Nakli

Boulevard Casa

Tél. : 0668376390 Total des frais engagés : 39500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : complétement

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être présentée à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Les feuilles de soins doivent être présentées à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Les feuilles de soins doivent être présentées à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Les feuilles de soins doivent être présentées à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Les feuilles de soins doivent être présentées à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Les feuilles de soins doivent être présentées à votre mutuelle de façon régulière, sous enveloppe, au premier jour de l'absence, sous pli adressé au médecin traitant. Dans ce formulaire, le dossier doit être renseigné dans la rubrique "Dossier" qui suit la notice de remplissage.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التضامنية
	
Identification de l'agent	تاريخ الإرجاع
Date de dépôt du dossier	

Part réservée à l'assuré(e)

خامس المؤمن له (المرضى)

BENHACHEM EL HARROU NI Ledet

110 781

442 760 85

B38040

88, Nakallad Alili Ri Dai Nakliuf
Casa Bangogue

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Beneficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Montant de la prestation	المبلغ المدفوع
3850,00	

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP	3333333333
Type de soins	
Maladie	Maladie chronique
Date de naissance	01/01/1980
Date de début de la maladie	01/01/2010
Date d'hospitalisation	
Date d'indication	
Accident	Causes

Je déclare les informations ci-dessus. Fait à Casa le 07-06-2021 Signature du médecin traitant 	Je déclare les informations ci-dessus. Fait à Casa le 07-06-2021 Signature du médecin traitant 
---	---

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرات

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin
07/06/21	A			25000	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو موفر التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
07.06.21	3950,-	
	095002044	

Actes

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدة الطبية

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المعالج الطبي Signature et Cachet du Paramédical



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000068130869

Accusé de Réception

N° Réception : 68130869
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 8/06/2021 11:09
Lieu de réception : CASA SIEGE 40113
Valeur du dossier : 3950,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : M4M1194

Code Etablissement :
Etablissement :

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect\)](#)

Ma Situation

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 1

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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	-	28/12/2021	Virement	-	901,70	341,76	75,04	416,80
1	-	11/11/2021	Virement	-	1 018,00	834,00	50,00	884,00
2	-	15/07/2021	Virement	-	2 374,30	1 480,70	240,00	1 720,70
1	-	15/04/2021	Virement	-	2 041,00	1 404,80	405,20	1 810,00
1	-	05/03/2021	Virement	-	1 239,20	795,20	180,00	975,20
1	-	08/02/2021	Virement	-	629,80	488,80	50,00	538,80
1	-	09/11/2020	Virement	-	1 665,00	1 216,80	304,20	1 521,00
1	-	09/10/2020	Virement	-	843,90	595,80	50,00	645,80
1	-	17/09/2020	Virement	-	375,80	131,41	44,89	176,30
1	-	04/09/2020	Virement	-	323,00	120,00	30,00	150,00
1	-	03/08/2020	Virement	-	790,80	595,80	50,00	645,80

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le في الدار البيضاء،

HADRI Adra 620/98

Casablanca, le lundi 7 juin 2021

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Oeil Droit : $(105^\circ -0,50) + 0,75$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $-1,75$, Addition + 3,00

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

FACTURE

0002434

Ordonnance de Docteur :

Client ; M : HADRI ADRA

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION

LOIN

PREJ

BI-TPI&MULTIFO ALUX

O.D

431

O.G

428

DESCRIPTION

Qté

Désignation

Montant TTC

1.

MONTURE

1200.-

2

VERRES

Progressifs ergonomiques Durci
antireflets 1,2

2750.-

TOTAL TTC

3350.-

Arrête la présente Facture à la somme de:

Trois mille Neuf Cent cinquante -
- DHS -