

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.

Radiologie 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 canaux, l'entente préalable renseignée 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

- 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° W21-713686

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : R

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959

Adresse : Résidence LAMARINE A° App. n° 4 13 Etage

1144 LAMARINE Casablanca 2019

Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 675,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

"COMPLEMENT"

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOUGRATI HASMA Age : 58 ans

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 : 25 / 05 / 2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs de dispositifs médicaux
28/03/2022	475,٨٠	PHARMACEUTICA Voie d'Aménagement H H 47 N° H Hay Laymoune - Hay Hassani Tél : 022 93.86.84 - Fax: 022.93.87 15
		092071976

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تخضع 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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 التعاقدية
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
Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SOUGRATI ASMA**
N° Affiliation : **185 717**
N° Immatriculation : **932 606 284**
N° CIN : **J 1983 16**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** (زوج)
Adresse : **Hay Haymour, Aïn Achoula Haymour A, Appart 4, Etage 1, Casablanca**
Montant des frais (Dhs) : **675,1**
Nombre de pièces jointes : **1**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : **SOUGRATI ASMA**
Date de naissance : **1983/04/16**
N° CIN : **J 1983 16**
Sexe* : **M** (ذكر) **F** (أنثى)
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : **SOUGRATI ASMA**
تاريخ الأزيداد : **1983/04/16**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **J 1983 16**
الجنس* : **M**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **0103302**
Type de soins : **Point Gestion**
Maladie* : **مرض**
Maternité* : **أمومة**
Hospitalisation* : **أستشفاء**
Accident* : **حادث**
Pli confidentiel remis* : **Oui** (نعم) **Non** (لا)
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
تم تقديم الظرف المغلق* : **Oui** (نعم) **Non** (لا)
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>le : 28/03/2022</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصريح بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations et données ci-dessus exactes et véritables.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>le : 28/03/2022</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* الخطب الخاصة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Docteur Amine SAIDI

Spécialiste en ORL
et en Chirurgie Cervico - Faciale
Exploration de L'Audition - Endoscopie

الدكتور أمين سعيدي

اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة
جراحة الوجه و العنق
اختبار السمع - الفحص بالمنظار

Casablanca, le

28/3/2022

PHARMACIE TILILA

Voie d'Aménagement H H 47 N° H
Hay Laymoune - Hay Hassani
Tél : 022 93.86.84 - Fax: 022.93.87.15

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 141,20 DH
ID: 647778
6 118001 141456

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 141,20 DH
ID: 645721
6 118001 141456

141,20 x 2

① - Zinnat 600 mg
1 cp + 20 J

② - Steimar (Rhum)

PPV: 22DH20
PER: 01/24
LOT: L398

22,20

③ - Codoliprane 19 cp
1 cp x

Codoliprane[®]
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codeine 20 mg
16 COMPRIMES SECABLES
6 118000 040217

170,50

④ - Deflazonat 600 mg
1 cp x

6 118001 380232

30 Bd. Oum Rbii - Lot. Firdaous NH25 A RDC Apt 1 Oulfa - CASABLANCA

475,10

LOT : SC0256P
PER : 11/2024
PPV : 170DH50

MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 73413650 Date et heure : 29/03/2022 08:41
Nom et prénom Assuré : SOUGRATI ASMA
Immatriculation : 93606284 / 090127263
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur en Dirhams : 675,10 Nombre de pièces : 1
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE398
Nom Etablissement :



Remboursements



N° dossier

73413650

Mode de paiement

Virement

Bénéficiaire

SOUGRATI ASMA

Frais engagés

675.1 DH

Remboursé

144.09 DH