

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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

## Déclaration de Maladie

N° M21- 0021823

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 11.6483  
Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID  
Date de naissance : 26-06-49  
Adresse : 46 ATTADAMOUNE RUE 2 N°6 OULFA  
CASABLANCA  
Tél. 0663878063 Total des frais engagés : 1950,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
COPS.

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BENJALOUON ANINA Age : 66 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 : / /  
Signature de l'adhérent(e) :



# Instructions à suivre

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 تتقنون 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث تشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتحويل.

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  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : **REJJA LOUN Amina**

N° Affiliation : **153844**

N° Immatriculation : **9321230532**

N° CIN : **A78767**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

العلاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : **Elle TADAMOUNE Rue AZHAR**

**EL OULFA CASABLANCA**

Montant des frais (Dhs) : **1950.00**

عدد الوثائق المرفقة : **02**

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات : **REJJA LOUN Amina**

الاسم العائلي والشخصي : **REJJA LOUN Amina**

Nom et prénom : **REJJA LOUN Amina**

Date de naissance : **01/03/56**

N° CIN : **A78767**

Sexe\* : **M ☐ ذكر F ☒ أنثى**

Identification du médecin traitant

N° INP : **091022954**

Type de soins

Maladie\* ☒ مرض

Maternité\* ☐ أمومة

Hospitalisation\* ☐ استشفاء

Accident\* ☐ حادث

Pli confidentiel remis\* : **Oui ☐ Non ☐**

Date de grossesse : **11/11/11**

Date prévue d'accouchement : **11/11/11**

Date d'hospitalisation : **11/11/11**

Date d'accident : **11/11/11**

Causes : **11/11/11**

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **CASABLANCA**

le : **11/11/11**

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus s'entres et véritables

Fait à : **CASABLANCA**

le : **11/11/11**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الطبيب المساعد

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de s

11/11/11

شطب الخانة

م يجب علينا مع هذا المستطوع







MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

## Accusé de Réception



N° de Dossier :

72690509

Date et heure : 21/02/2022 11:54

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA 90158

Valeur en Dirhams :

1.950.00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE398

Nom Etablissement :





En vertu de l'article 73 de la 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 3

PAYE

NON PAYE 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	-	12/05/2022	Virement	-	1 950,00	600,00	75,00	675,00
73297192	22/03/2022	Payé en : 51 jours		BENJALLOUN AMINA	1 950,00	600,00	75,00	675,00
1	-	16/03/2022	Virement	-	682,10	471,40	67,32	538,72
1	-	01/03/2022	Virement	-	988,70	447,48	96,10	543,58
1	-	13/12/2021	Virement	-	556,20	338,04	40,05	378,09
2	-	03/11/2021	Virement	-	3 608,40	424,10	33,98	458,08
1	-	26/10/2021	Virement	-	3 449,10	1 741,40	37,20	1 778,60
2	-	11/10/2021	Virement	-	1 919,00	731,80	113,60	845,40

## Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé

Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon

Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE

- MEDECINE GENERALE -

C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels

Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires

Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun\_jaouad@hotmail.com

## الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا

دبلوم الطب التجانسي والاكوغرافيا بفرنسا

شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية

- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين

طبيب مستشار لشركات التأمين

شارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun\_jaouad@hotmail.com

Casablanca, le

27.12.2012

Mme Benjelloun Amina

15 séances de rééducation  
pour séquelles d'entorse  
de la cheville droite.

Dr BENJELLOUN JAOUAD  
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance  
HOMEOPATHIE  
304, AV Oued Sebou, Hay Oulfa, Casablanca  
Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84  
E-mail : benjelloun\_jaouad@hotmail.com

## Centre Bir Anzarane de Kinésithérapie Physiothérapie et Bien-Être



ICE = 000 52 91 37 0000 24

CENTRE BIR ANZARANE  
DE KINÉSITHÉRAPIE  
PHYSIOTHÉRAPIE ET BIEN-ÊTRE  
109, BD Bir Anzarane  
Casablanca  
Tél : 05 22 99 11 69

Casablanca, le 09/02/2022

### Facture

Je soussigné, certifie que M<sup>me</sup> Benjelloun Amina a fait  
15 séances de rééducation fonctionnelle pour séquelles  
d'entorse de la cheville droite :

15 x 130 DH = 1950 DH

Arrêtée, la présente facture à la somme de mille neuf  
cent cinquante dirhams.

Calendrier des séances :

1 <sup>ère</sup> Séance	07/01/22	14 <sup>ème</sup> Séance	07/02/22
2 <sup>ème</sup> Séance	10/01/22	15 <sup>ème</sup> Séance	09/02/22
3 <sup>ème</sup> Séance	12/01/22		
4 <sup>ème</sup> Séance	14/01/22		
5 <sup>ème</sup> Séance	17/01/22		
6 <sup>ème</sup> Séance	19/01/22		
7 <sup>ème</sup> Séance	21/01/22		
8 <sup>ème</sup> Séance	24/01/22		
9 <sup>ème</sup> Séance	26/01/22		
10 <sup>ème</sup> Séance	28/01/22		
11 <sup>ème</sup> Séance	31/01/22		
12 <sup>ème</sup> Séance	02/02/22		
13 <sup>ème</sup> Séance	04/02/22		