

# 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'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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0042758

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Charit Abdelahani

Date de naissance : 15/07/1967

Adresse : 56, HAY MESSOUDIA, me 18,  
C.D. Casablanca

Tél. : 0661576346 Total des frais engagés : 2753,60 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08/08/2022

Nom et prénom du malade : EL XATIME Houda

Age : 1977

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 : Casablanca

Le : 31/10/2022

Signature de l'adhérent :

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MME ELYATIME HOUDA  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

75784997

Date et heure : 15/08/2022 10:49

Nom et prénom Assuré :

ELYATIME HOUDA

Immatriculation :

43824379 / 040189599

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ELYATIME HOUDA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40125

Valeur en Dirhams :

2 753,60

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0273

Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas compatible.

Accueil > Application > assure app



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

PAYE

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	-	02/10/2022	Virement	-	2 753,60	1 524,05	647,45	2 171,50
75784997	15/08/2022	Payé en : 48 Jours		ELYATIME HOUDA	2 753,60	1 524,05	647,45	2 171,50



6 118001 081233  
6 118001 081233  
6 118001 081233  
6 118001 081233

6 118001 081233

Decrestin® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 331964

Decrestin® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 331971

Decrestin® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 331971

Decrestin® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 331971

Decrestin® 10 mg  
Rosuvastatine  
30 comprimés pelliculés  
6 18000 331971

Rexaban® 15 mg  
28 comprimés pelliculés  
6 118000 072652

Bayer S.A.  
6 118001 090280  
Bayer S.A.  
6 118001 090280  
Bayer S.A.  
6 118001 090280  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

6 118001 080335  
6 118001 080335

6 118001 080335  
6 118001 080335

OEDES 20mg  
14 gélules  
6 118001 100071

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
08/08/22	C			150 DH	دكتور بلحم رشيد Dr. BELHIMI Rachid Médecin Général

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/08/22	2603,60	PHARMACIE DOUJIA MENEBI NOUFISSA JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA PAT: 37417809 - TEL: 0522371441 ICE: 001534607000034

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Docteur Rachid BELHIMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale

الدكتور رشيد بلحمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
ORDONNANCE

08/08/22

EL YATIME Houda

- 1- MONO-TILDIEM LP300 (218,00 x 5) 0-0
  - 2- Peristin 10mg 157,10 x 5 0-0
  - 3- Rescaban 15mg 350,00 1-0-0
  - 4- Cardicorapine 100mg (27,70 x 5) 0-0
  - 5- Corivaral 2mg (46,70 x 4) 12-0-12
  - 6- Ceds 2mg 52,80 0-0
- T = 2603,60

PHARMACIE DOUJIA  
MENEBI NOUFISSA  
JAMILA 5 RUE 145 N° 108 BIS CASA  
PAT: 37417809 - TEL: 0522371441  
ICE: 001534607000034

06 63 30 09 58 :الهاتف: 29 - سبائة - الدار البيضاء  
دكتور بلحم رشيد  
Dr. BELHIMI Rachid  
Médecin Général



# 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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ELYATIME Nouda**  
N° Affiliation : **31433314**  
N° Immatriculation : **432 1824379**  
N° CIN : **BH3114481**

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

Adresse : **56 HAM TERNANONIA 218C10**  
العنوان

Montant des frais (Dhs) : **2753,00**  
مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **02**  
عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : **ELYATIME Nouda**  
Date de naissance : **18/10/1977**  
N° CIN : **BH3114481**  
Sexe\* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى ☒  
الاسم العائلي والشخصي : تاريخ الازدياد : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **10918169023**  
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins :  
Maladie\* ☐ مرض\*  
Maternité\* ☐ أمومة\*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء\*  
Accident\* ☐ حادث\*  
نوع العلاجات :  
تم تقديم الظرف المغلق\* : ☐ oui ☐ non  
Date de grossesse :   
Date prévue d'accouchement :   
Date d'hospitalisation :   
Date d'accident :   
Causes :   
تاريخ الحمل :  
التاريخ المرتقب للولادة :  
تاريخ الإستشفاء :  
تاريخ الحادث :  
أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **10/10/2022**  
Le : **10/10/2022**  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.  
Fait à : **10/10/2022**  
Le : **10/10/2022**  
توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
مختبر عام

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case  
\* أشهد الصحة

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :  تاريخ الإيداع :