

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 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 ALÇ :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Complément
Déclaration de Maladie

N° M20- 0005521

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : Royal Air Maroc

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : SABIRI BOUAZZA

Date de naissance : 10/02/1960

Adresse : 86, lotissement Abderrahim I, Médina

Tél : 06 7604 1956 Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

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 التعريفية الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: EDJAR BALL Amir

رقم الانخراط: 31110196

رقم التسجيل: 932 91080914

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 11781101

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: 86, Lotissement Abdelhak

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 3536,70 + 1000 + 300,00

عدد الوثائق المرفقة: 42 pièces - (4836,7 dh)

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: 01/01/1961

تاريخ الميلاد: 11781101

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 11781101

الجنس: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 091100212

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* ☐ مرض*

Maternité* ☐ أمومة*

Hospitalisation* ☐ إستشفاء*

Accident* ☐ حادث*

تم تقديم الظرف المغلق*: oui ☐ non ☐

تاريخ الحمل: Date de grossesse:

التاريخ المرتقب للولادة: Date prévue d'accouchement:

تاريخ الاستشفاء: Date d'hospitalisation:

تاريخ الحادث: Date d'accident:

أسباب الحادث: Causes:

Fait à: حرر ب:

Le: في:

توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

.....

Fait à: حرر ب:

Le: 28/07/2022 في:

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et fiables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

DR. KHALID ADRIAN CARDIOLOGUE

54 AV MED BORDJ BOULEVARD SALAMA III

BOULEVARD SALAMA III

BOULEVARD SALAMA III

BOULEVARD SALAMA III

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

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
28/07/2022	cs+E co			300.00	<p>Dr. KHALID ADNAN CARDIOLOGUE 254 AV MED BOUZZIANE SALAMA III SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08</p>
6/08/2022	E chta coem			1000.00	<p>Dr. KHALID ADNAN CARDIOLOGUE 254 AV MED BOUZZIANE SALAMA III SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08</p>
10/08/2022	Bilan			9	<p>Dr. KHALID ADNAN CARDIOLOGUE 254 AV MED BOUZZIANE SALAMA III SIDI OTHMANE - CASABLANCA TEL : 022 55 41 08</p>

CIM - 10

تجدد الوصفات التي تم تنفيذها والأجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/07/22	3536,70 INP: 092044957	Pharmacie NASR ALLAH Mr MAAMAR Jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 Mediouna Casablanca Tél: 06 22 33 85 09
	INP:	
	INP:	
	INP:	

INP: | | | | | | | | | |

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

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"/>					

MME EDDARBALI AMINA
SALMIA 2 RUE 28 IMM 7 APT

2

CASA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception



N° de Dossier :

76127353

Date et heure : 07/09/2022 12:03

Nom et prénom Assuré :

EDDARBALI AMINA

Immatriculation :

93908094 / 500305223

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

EDDARBALI AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90150

Valeur en Dirhams :

3 836,70

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE336

Nom Etablissement :



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)

mation

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

N.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	15/11/2022	Virement	-	4 836,70	1 543,90	0,00	1 543,90
76127353	07/09/2022	Payé en : 69 jours		EDDARBALI AMINA	4 836,70	1 543,90	0,00	1 543,90

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 28/07/2022

Mme Amina EDDARBALI

61 ans

27,70 X 2

1) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois

918,00 X 2

2) BRILIQUE 90 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 3 mois

109,00 X 2

3) FORXIGA 10 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

244,00 X 2

4) ROZAT 20 MG CP

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois

175,60

5) COSYREL 10/10

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

68,90

6) FLUDEX LP Comprime A Lp à 1,5 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

13,40 X 2

7) COLCHICINE Comprime à 1 mg Bte 40 Comprime

Prendre 1 comprimé par jour, après le repas, pendant 3 mois

14,00 X 2

8) CARDIX Comprime à 6,25 mg Bte 28 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

8 spécialité(s) prescrite(s)

353670

Dr. Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 Av Mohamed Bouziane Salama IV
Sidi Othmane - Casablanca
05 22 55 41 08

Dr. ADNAN Khalid

KS

KS

KS

KS

KS

KS

KS

KS

Pharmacie NASR ALLAH
Mr MAAMAR Jamal
Docteur En Pharmacie
Docteur Allah 2 Medlouna
43 Lot Nasr Tél: 06 22 33 85 09
Casablanca

Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Forxiga 10 mg cp pell b28
P.P.V : 419,00 DH
6 118001 185023

Colchicine 1mg
OPICALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

Colchicine 1mg
OPICALCIUM
20 comprimés sécables
6 118000 082156

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.
6 118001 090280

Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRILIQUE 90 MG CP PELL
B60
PPV : 918,00 DH
6 118001 184583

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés
6 118000 050568

Maphar
Bd Alkima N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
BRILIQUE 90 MG CP PELL
B60
PPV : 918,00 DH
6 118001 184583

CARDIX® 6,25mg
28 Comprimés
6 118000 050568

Rte d'Azemmour, 20180 Casablanca
FLUDEX LP
30 Comprimés pelliculés
à Libération Prolongée
6 118000 100126

ROZAT® 20 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041788

ROZAT® 20 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041788

14011067
6 118001 130290
COSYREL 10mg/10mg
30 comprimés pelliculés
PPV : 135,60 DH
Servier Maroc - Casablanca