

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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 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

M22- 0014533

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M.

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDAH Mohamed

Date de naissance : 22/07/57

Adresse : 81, Rue Larache APP 18 case A

Tél : 0662 103375

Total des frais engagés : 399,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement C.R.O.P.S.

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BAKKACI Fakhre

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 : Casablanca

Le : 07/12/2022

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 (ها)

Nom et prénom : **BAKKALI Fadoua** الإسم العائلي والشخصيN° Affiliation : **113 103** رقم الانخراطN° Immatriculation : **552298843** رقم التسجيلN° CIN : **A 169 156** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : **81, Rue Larache APP 18 Hay ESSA** العنوانMontant des frais (Dhs) : **399,00 DHS** مبلغ المصاريف (درهم)Nombre de pièces jointes : **02** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BAKKALI Fadoua** المستفيد من العلاجاتNom et prénom : **16 12 57** الإسم العائلي والشخصيDate de naissance : **16 12 57** تاريخ الميلادN° CIN : **A 169 156** رقم بطاقة التعريف الوطنيةSexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09 11 81032** الرقم الوطني الاستدلالي للممارسType de soins : **DR.** نوع العلاجاتMaladie * ☐ مرض * Pli confidentiel remis * ☒ Oui ☐ Non تم تقديم الملف المغلق * : ☒ Oui ☐ NonMaternité * ☐ أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحملHospitalisation * ☐ استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادةDate d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاءDate d'accident : تاريخ الحادثAccident * ☐ حادث * Causes : أسباب الحادثأشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.Fait à : **Casablanca** حرر بـ : **Casablanca**le : **01 08 2022** في : **01 08 2022**توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* أنشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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 وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون 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

24 AOUT 2022

DELEGATION ADMINISTRATIVE CASABLANCA

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع

عمليات الإحياء الأشعة و الصور

[illegible]

— 11 —

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes Paramédicaux				عملات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	مبلغ الفاتورة Montant facturé
INP :				
INP :				
INP :				

12:23



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 4

REJET 1

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
- 2	-	03/12/2022	Virement	-	1 237,10	428,98	75,62	504,60
76558364	29/09/2022	Payé en : 65 jours		BAKKALI FADOUA	399,00	189,30	20,84	210,14
76558449	29/09/2022	Payé en : 65 jours		BAKKALI FADOUA	838,10	239,68	54,78	294,46
1	-	31/10/2022	Virement	-	496,60	142,75	10,20	152,95

Dr. EL KHALIFA Asma
GASTRO-ENTEROLOGUE
Proctologie - Endoscopie digestive
Echographie



دكتورة الخليفة أسماء
أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي والكبد
أمراض المخرج (البواسير) - الفحص بالمنظار
الفحص بالصدى

Casablanca, le : 01.08.2022

Mme BAKKALI Fadoua

1 - CARTREX 100 mg cp pellic : B/30

1 à midi, au cours du repas, pendant 5 jours.

2 - RELAXOL CP

Prendre 2 cps au coucher, pendant 5 jours.

99.00
3 - INESO 40 MG CP

1 le matin, avant le repas, pendant 14 jours.

4 - KALMAGAZ

Prendre 1 cp le matin et le soir, pendant 7 jours.

Dr EL KHALIFA

DR. EL KHALIFA
Gastro-Entérologie - Proctologie
Rés. Les Fleurs 2, 59, Bd. Zerktouni
Casablanca - Tél. : 05 22 20 24 22

59 boulevard Zerktouni, Rés les Fleurs 2 ème étage.
Tél. : 05 22 20 24 22
Email : docteuralkhalifa@gmail.com

59, شارع الزرقتوني، إقامة الزهور، الطابق الثاني
الهاتف : 05 22 20 24 22
البريد الإلكتروني : docteuralkhalifa@gmail.com

صيدلية الروداني
PHARMACIE ROUDANI
Aline LEBAAR Khadja EL MIKOU
26, Ed Ibrahim Roudani Vers Mly Youssef
Maârif - Casablanca
Tél. : 05 22 27 23 88 / 05 22 27 12 20

