

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.

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- 0005588

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693 Société : R & M

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 141956

Nom & Prénom : TA2: wadiq

Date de naissance : 4/6/55

Adresse :

Tél. : 0661150657 Total des frais engagés : 96304 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 :

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 : 22 / 12 / 22

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

tablir une feuille de soins par personne et
ir événement.

a feuille de soins doit être accompagnée de
utes les pièces justificatives originales
ordonnances médicales, factures, résultats
examens de radiologie et/ou de laboratoire).

e nom et prénom de la personne soignée
ivent être portés par les praticiens eux mêmes
r chaque feuille de soins.

es prospectus et les PPM concernant les
édicaments achetés doivent être joints aux
donnances transmises.

a feuille de soins ainsi que les pièces
ustificatives doivent être présentées à votre
utuelle dans les deux mois qui suivent le
remier acte médical, sauf s'il y a traitement
édical continu. Dans ce dernier cas, le dossier
it être présenté dans les soixante (60) jours
i suivent la fin du traitement.

e remboursement des frais engagés sera
fectué sur la base de la tarification nationale
référence.

es risques liés aux accidents du travail et
aladies professionnelles ne sont pas couverts.

oute personne coupable de fraude ou de fausse
éclaration pour obtenir des prestations qui
sont pas dues, est passible des sanctions
gales et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la
NOPS est subordonnée au respect des
nditions 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى
التعاضدية التي تنتمون إليها في
طرف 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 الشغل والأمراض
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة
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 التعاضدية
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)

Nom et prénom : BENBOUBKER AMAL : الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 169860 : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 431253389 : رقم التسجيل :

N° CIN : 884232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : 10 RESIDENCE CORNICHE BD ABDELHADJ : العنوان :

BOUTALEB CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 963 DH : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 04 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : : الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 130954 : تاريخ الميلاد :

N° CIN : 884232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى : الجنس * :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : INP : 091130922 : الرقم الوطني الاستدعاء :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * ☐ مرض * ☐ Pli confidentiel remis * : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الحقن السري :

Date de grossesse : : تاريخ الحمل :

Maternité * ☐ أمومة * ☐ Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation * ☐ استشفاء * ☐ Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident : : تاريخ الحادث :

Accident * ☐ حادث * ☐ Causes : : أسباب الحادث :

أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : CASA : حرر ب : le : 12 09 2022 : في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e)	أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : : حرر ب : le : : في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 المحفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP					
INP					



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	EN COURS DE TRAITEMENT 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
1	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)

★★★★★

BILAN BIOLOGIQUE

Le 20/05/2015
Mr/Mme Bouabou Bket Avo

<input checked="" type="checkbox"/> NFS	<input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total
<input checked="" type="checkbox"/> VS	<input checked="" type="checkbox"/> HDL cholestérol
<input checked="" type="checkbox"/> C.R.P	<input checked="" type="checkbox"/> LDL-C
<input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun	<input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides
<input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale	<input checked="" type="checkbox"/> ASAT et ALAT
<input checked="" type="checkbox"/> Hémoglobine Glyc. A1C	<input type="checkbox"/> Gamma GT
<input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine	<input checked="" type="checkbox"/> Microalbuminurie de 24 h
<input checked="" type="checkbox"/> Créatinine sanguine	<input type="checkbox"/> ECBU + AntibioGramme
<input checked="" type="checkbox"/> Acide urique	<input type="checkbox"/> ASLO
<input checked="" type="checkbox"/> Ionogramme sanguin	<input type="checkbox"/> T3 - T4 - TSH μ s
• Sodium (Na ⁺)	<input type="checkbox"/> Sérologie H.V.B
• Potassium (K ⁺)	<input type="checkbox"/> Sérologie H.V.C
• Calcium (Ca ⁺)	<input type="checkbox"/> TP / INR
<input checked="" type="checkbox"/> P.S.A	<input type="checkbox"/> Vit D total
<input type="checkbox"/> Ferritine	<input type="checkbox"/> Protéinurie des 24 H
<input type="checkbox"/> G.O.T / G.P.T	
<input type="checkbox"/> Troponine	
<input type="checkbox"/> D-dimères	
<input type="checkbox"/> Protidémie	

Cachet du médecin

Dr Saâd SOULAMI
Pr. Cardiol
356, Rue Mostafa El Maâni
Tél.: 22.18.84/26.13.36 - CASA