

# 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.



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

## Déclaration de Maladie

M22- 0041283

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BERDA Mohamed

Date de naissance :

22/04/54

Adresse :

81 Rue Lalla Leïla BP 18 Casablanca

Tél :

0662/163375

Total des frais engagés :

543,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément Remboursement CNOPS

Date de consultation :

14/04/2023

Nom et prénom du malade :

Mme BAKKACI Fadoua

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 :

CASA

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Le :

08/03/2023

## 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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](http://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 التعاوضية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية 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 للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة 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):

خاص بالمؤمن له (ة) ..... Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: ..... Nom et prénom: BAKKALI FADOUA

رقم الانخراط: ..... N° Affiliation: 1117183

رقم التسجيل: ..... N° Immatriculation: 5521598843

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ..... N° CIN: A169156

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

العنوان: ..... Adresse: 81, Rue Larache APP 18 Res Mouen Hay Essalam ENS AB ANCA 2021

إجمالي المصاريف (بالدرهم): ..... Montant des frais (Dhs): 543,00

عدد الوثائق المرفقة: ..... Nombre de pièces jointes: 04

تصريح الطبيب المعالج ..... Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: ..... Nom et prénom: BAKKALI FADOUA

تاريخ الزيادة: ..... Date de naissance: 16/12/1957

رقم بطاقة التعريف الوطنية: ..... N° CIN: A169156

الجنس: ..... Sexe\*: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

تحريف الطبيب المعالج ..... Identification du médecin traitant

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

INPE: 091169466

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض \*  
Maternité\* ☐ أمومة \*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \*  
Accident\* ☐ حادث \*

تم تقديم الظرف المغلق\*: ..... Pli confidentiel remis\*: oui ☐ non ☐  
تاريخ الحمل: ..... Date de grossesse: .....  
التاريخ المرتقب للولادة: ..... Date prévue d'accouchement: .....  
تاريخ الإستشفاء: ..... Date d'hospitalisation: .....  
تاريخ الحادث: ..... Date d'accident: .....  
أسباب الحادث: ..... Causes: .....

Fait à: ..... حرر ب: .....  
Le: 03/01/2023 في: .....  
توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e)

Fait à: ..... حرر ب: .....  
Le: 03/01/2023 في: .....  
أشهر بصحة  
كل ما ذكر أعلاه  
أشهر بصحة  
كل ما ذكر أعلاه  
أشهر بصحة  
كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج  
أو المؤسسة الصحية  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Cardiologue  
Cardiologue interventionnelle  
Bd. Myliss 1er - Résidence Mouen Hay Essalam  
N° 4 CASABLANCA ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

DELEGATION ADMINISTRATIVE  
10 JAN. 2023

Identification de l'agent: .....

Date de dépôt du dossier: ..... تاريخ الإيداع: .....



### وصف العمليات المجراة

**CIM - 10**

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

**INP :**

INPE: 092065739

**INP :**

**INP :**

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP

**INP**

INP

## عمليات المساعدين الطبيين

INP

**INP**

**INP**

12:25



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

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
- 2	-	02/03/2023	Virement	-	1 794,30	924,01	141,59	1 065,60
78539242	12/01/2023	Payé en : 49 jours		BAKKALI FADOUA	1 251,30	553,91	94,21	648,12
78539864	12/01/2023	Payé en : 49 jours		BAKKALI FADOUA	543,00	370,10	47,38	417,48



**Dr Hind EL FILALI ADIB**

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque  
Readaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - إختبار الجهد  
إعادة التأهيل القلبي

03 janvier 2023

**Mme BAKKALI FADOUA**

89100 x 3

**FIBROCARD LP 240 mg , Gélule**

1 gélule par jour, pendant 3 Mois

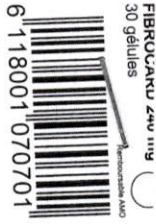
LE SOIR



243100

PHARMACIE  
Dr. Samir EL FILALI  
13, Bis. Rue de Rome Résidence NOVA  
Casablanca - Tél: 05 22 86 20 74 - Fax: 05 22 86 20 76  
ICE : 001625537000091

**Dr. Hind EL FILALI ADIB**  
Cardiologue  
Cardiologue Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss 1er - Résidence My Idr  
2ème Etage - NOVA - CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20  
ICE : 001625537000091





Notes:

FC:	73 BPM
Int PR:	175 ms
Durée QRS:	84 ms
QT/QTc:	400/426 ms
Axes P-R-T:	72 -11 61
RR Moy:	817 ms
QTcB:	442 ms
QTcF:	427 ms

Revu par:

**Dr. Hind EL HILALI ADIB**  
Cardiologue  
Cardiologie Interventionnelle  
120, Bd. My Idriss - Résidence My Idriss  
Zona Elage - N° 4 CASABLANCA  
Tél: 0522 86 20 74 - Fax: 0522 86 20 75  
CE: 0015552700001

Signé par: \_\_\_\_\_  
Date: \_\_\_\_\_

