

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 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

COMPLEMENT
Déclaration de Maladie

M22- 0047318

156161

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Rachid Mohamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Résidence Melilla 7, rue de rme
Tél. : 06 27 999 896 Total des frais engagés : 710,00 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 : 04/12/2023

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/authentification)
  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 3

EN COURS DE TRAITEMENT 3

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	1 605,10	579,09	64,19	643,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68

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

☆☆☆☆

Instructions à suivre

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 وأثمنتها 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

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BASSIR JAMILA الاسم العائلي والشخصي :
 N° Affiliation : 1184166 رقم الانخراط :
 N° Immatriculation : 932602296 رقم التسجيل :
 N° CIN : B10141734 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
 Adresse : ANGELAS PAS DE ROUE RUE ABOUSSALAM العنوان :
AL KHATTABI WATU 7. MK 8. CN8A.
 Montant des frais (Dhs) : 7101 00 DH مبلغ المصاريف (درهم) :
 Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : BASSIR JAMILA المستفيد من العلاجات :
 Nom et prénom : BASSIR JAMILA الاسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : 04/06/1982 تاريخ الأزيداد :
 N° CIN : B10141734 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP : 0304128416 الرقم الوطني الاستدالي للممارس :
 Type de soins : Admission ALD* نوع العلاجات :
 Admission ALD* : Oui قبول المرض المزمن :
 N° dossier ALD* : _____ رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : _____ رقم المرض المزمن :
 Soins ambulatoires* O علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق :
 Hospitalisation* O استشفاء Date d'hospitalisation : _____ تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :
 le : 20/10/2013 في :
 توقيع المؤمن له (لها) : _____
 Signature de l'assuré(e) : _____

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :
 le : 20/10/2013 في :
 توقيع وطابع الطبيب : _____
 Cachet et Signature du Responsable de l'établissement de soins : _____

DDP - Identification Nationale du Praticien
 Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

1173-1181

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	مبلغ الفوترة Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ARDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

79996209

Date et heure : 27/03/2023 12:10

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90122

Valeur en Dirhams :

710,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :

Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدكتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

والنفسانية

خريجة كلية الطب بوردو

محلقة لدى المحاكم

بالدور

1^{me} Bassir Jemla

21 FEV. 2023

Sertraline 50

1 capsule

110,6

Sertraline GT 50 mg
30 comprimés pelliculés
dosés à 50 mg



6 118000 330189

Dr. SEMCHAOUI Amel
Psychiatre Psychothérapeute
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan
Casablanca Tél 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18

1 capsule

RC: 318383 ICE 00217913000097
Tél: 06 00 06 07 08
Tél: 05 22 85 43 95
Rue de Rome Casablanca
28, rue Saffout
Dr. Mohamed LAMOU
PHARMACIE LA V



42، زنقة طرابلس (لمورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
الفاكس : 05 22 22 81 34