

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.



Complément (épouse)

Déclaration de Maladie : N° P19- 0009081

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
Nom & Prénom : SABIRI BOUAZZA Date de naissance : 10/02/1960
Adresse : 86 Lotissement Abderrahim 1 - MEDJIDIA case
Tél. : 06 76 04 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) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 le praticien 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 la CNOPS 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 السعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثبتتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

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 (الها)

Nom et prénom : F. D. D. B. A. L. A. M. I. N. A. الإسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : 315101916 رقم الإنخراط
N° Immatriculation : 91312191018101914 رقم التسجيل
N° CIN : 8788701 رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : Bis La Fissament Abderrahmane Médouna العنوان
Montant des frais : 175.1,90 Dhs مبلغ المصاريف
Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : الإسم العائلي والشخصي
Date de naissance : 01/10/1961 تاريخ الإيداع
N° CIN : 18728701 رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe : M ذكر F ☒ أنثى الجنس *

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج
N° INP : 091002725 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins نوع العلاجات
Maladie* ☐ مرض* Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non
Maternité* ☐ أمومة* Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation :
Accident* ☐ حادث* Date d'accident :
Causes :
أشهد بصح كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Mechoua حرر بـ
le 10/10/15 في :
توقيع المؤمن له (الها)
Signature de l'assuré(e)
أصرح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Mechoua حرر بـ
le 10/10/15 في :
توقيع الطبيب المعالج
Signature du médecin
Cachet et Signature du Médecin
S4 Avenue BOUZIANE SALAMA III
SIDI OTHMANE - CASABLANCA
TEL : 022 55 41 08

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

[illegible]

CIM-10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/03/23	1421,90	Pharmacie NASKALLAH Mr MAAMAR Jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Near Attah 2 Mediouna Casablanca Tél: 05 22 33 85 09
	INP : 092044957	
	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

CTM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible]

INP: [][][][][][][][]

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

INP: | | | | | | | |

[illegible]



INP: | | . | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

21:05

44

  cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

10



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

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	-	28/06/2023	Virement	-	1 278,50	1 148,50	0,00	1 148,50
80889952	16/05/2023	Payé en : 43 jours		EDDARBALI AMINA	1 278,50	1 148,50	0,00	1 148,50
- 2	-	27/06/2023	Virement	-	2 421,90	1 044,70	0,00	1 044,70
80738698	09/05/2023	Payé en : 49 jours		EDDARBALI AMINA	1 751,90	772,70	0,00	772,70

MME EDDARBALI AMINA
LOT ABDERRAHIM 1 NO 86

**Accusé de Réception**

MEDIOUNA CASABLANCA

MEDIOUNA

20490

N° de Dossier :

80738698

Date et heure : 09/05/2023 10:19

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 90160

Valeur en Dirhams :

1 751,90

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE407

Nom Etablissement :

DECOMPTE DE REMBOURSEMENT DESTINE A L'ASSURE

Convention N° : 2000GRP0001380
Adhérent : EDDARBALI AMINA
CIN/DRPP/Adhesion : 861988
Personne malade : EDDARBALI AMINA
Déclaration N° : 71309048X
Sinistre N° : 25018942
Intermédiaire : A 2 S

Contractant : FONDATION MOHAMED VI
Bordereau N° : 60230510
Date de réception : 12/05/2023
Date de Règlement : 25/05/2023
Date de survenance : 27/03/2023
Nature de la maladie : HYPERTENSION ARTERIELLE S
Médecin Traitant : *****

Actes Médicaux	Frais engagés (Dh)	Montant non remboursable (Dh)	Remboursement Régime de base (Dh)	Remboursement de la Compagnie (Dh)	Observations
CONS CARDIO+ECG	300,00	0,00	208,50	91,50	
PHARMACIE	1 451,90	0,00	1 451,90	0,00	
TOTAUX	1 751,90	0,00	1 660,40	91,50	

Règlement de la Compagnie (Dh) : 91,50

Fait à Casablanca, le : 06/07/2023

Direction Indemnisation Soins Santé

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

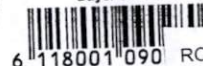
le 27/03/2023

Mme Amina EDDARBA

62 ans



Cardiospirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



ROZAT® 20 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés



AMEP® 5mg
28 comprimés



Zivlox 400 mg
5 Comprimés
Jeva Pharmaceutique



DUOXOL 500mg/2mg
20 comprimés



1) COSYREL 5/10

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

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

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

3) ROZAT 20 MG CP

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois

4) PLAVIX COMPRIME PELLICULE À 75 MG BTE 28 COMPRIME

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

5) AMEP COMPRIME À 5 MG BTE 28 COMPRIME

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

6) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et à midi, pendant 3 mois

7) JARDIANCE 10 MG

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

8) ZIVLOX 400 MG BOITE DE 5 CP

Prendre 1 comprimé par jour

9) MUXOL SIROP FL 250ML

Prendre 1 dose le matin, à midi et le soir

10) DUOXOL 500/2 MG CP

Prendre 1 comprimé le matin et le soir

10 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 Av Med. Bouziane Salem III
Sidi Othmane - Casablanca
Tel 05 22 55 41 08