

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



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

Déclaration de Maladie

M23- N°0044067

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société : /

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : Bouhaik Saïda Veuve Baghou

Date de naissance : 16/7/1955

Adresse : 64 lot Assalam Sidi marouf

Tél. : 0641734174

Total des frais engagés : 1254,70 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 : 22/12/2023

Le : / /

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 ya 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 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.

الاطار 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.

توقيع وطابع التعااضدية

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

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

الإسم العائلي والشخصي : BOUHAIK SAIDA

رقم الإنخراط : 2803142

رقم التسجيل : 915217711405

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B341918

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

العنوان : 60 lot Assalama Rue 28

مبلغ المصاريف : 125470 Dhs

عدد الوثائق المرفقة : 2

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : Dr. EL MAKHLOUF AII

تاريخ الإزدياد : 22.09.81

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 22.29.81.55/59-05.22.47.26.89

الجنس : * M ☐ ذكر F ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 001057851

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق : * Oui ☐ Non ☐

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الإستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je certifie l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et que ceux-ci sont sincères et véritables.

Fait à : 22.09.2023

le : 22.09.2023

Signature de l'assuré(e)

Cachet et Signature du médecin traitant

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					



Date d'émission : 14/12/2023 13:58:32

MME BOUHAÏK SAÏDA

NO 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

64771534

Date et heure : 14/12/2023 13:58

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

BOUHAÏK SAÏDA

/ 01

Type de dossier :

FELILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

1254,70

Nombre de pièces : 12

Code Etablissement :

Agent de réception : 94GE188

Nom Etablissement :

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 20.10.2023

Mme BOUHAÏK Saida (68 ans)

30.7-+2
KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

57.80
LDNOR 10 MG
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

139.10 + 4
PRESAR 100 MG:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

34.20 + 4
CARDIX 25 MG/
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

TANAKAN 40 mg
1 MATIN ET SOIR

72.10 + 3
INEXTUM 20 mg
1 LE SOIR SANS ARRET

ESIDREX :
1/2 CP 1 JOUR SUR 2 A NA PAS ARRETER

PHARMACIE EL BOUHAÏK
88, Lot ESSALAM, CASABLANCA
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

T=7254,70

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés



118000 041337

LOT: 138DH10
PER: 02/26
M945

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M945

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés



118000 041337

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M397

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés



118000 041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés



118000 041337

PPV 138DH10
PER 02/26
LOT M945

22 rue zoubier bouu al souan rochba
nolres casablenca
INEXTIM

20mg
Bottle 14
64050N271N20 PAV:82,10 DH
118001 020591

22 rue zoubier bouu al souan rochba
nolres casablenca
INEXTIM

20mg
Bottle 14
64050N271N20 PAV:82,10 DH
118001 020591

CARDIX 25mg
28 Comprimés



118000 050582

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT: 23E005
PER: 09 2024




118000 061847

SYNTHEMEDIC

22 rue zoubier bouu al souan rochba
nolres casablenca
INEXTIM

20mg
Bottle 14
64050N271N20 PAV:82,10 DH
118001 020591

CARDIX 25mg
28 Comprimés



118000 050582

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT: 23E005
PER: 09 2024



118000 061847

LOT: 230730
AYX
05/2026

CARDIX 25mg
28 Comprimés



185050 000811 9

LE-NOR 10mg
20 comprimés pelliculés



118000 082277

CARDIX 25mg
28 Comprimés



185050 000811 9

CARDIX 25mg
28 Comprimés



118000 050582