

## 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.

### 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

M23-0024885

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6993 Société : NAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : M. SOUHAIL LAHCEN  
Date de naissance : 13/01/1958  
Adresse : WATA 1 Residence AL WIAM IHT 2 RP 9  
OULHA CASABLANCA  
Tél. : 0668982771 Total des frais engagés : 639,00 MAD 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 : 11/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأئمتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتياط الإجتماعي 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

Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

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

Nom et prénom : M. ENNAÏM SUHAM الإسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 142951 رقم الإختراط :  
N° Immatriculation : 92241291629 رقم التسجيل :  
N° CIN : B439826 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lieu de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن  
Adresse : WASA 1, 1772, Residence Al Wilam, N. 5, Ouleda, Casablanca, Maroc العنوان :  
Montant des frais : 639.20 درهم مبلغ المصاريف :  
Nombre de pièces jointes : 01 feuille عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : ENNAÏM SUHAM الإسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 22/09/1960 تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : B439826 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : M ذكر ☐ أنثى ☒ F

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 11111111111111111111 الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :  
Type de soins نوع العلاجات  
Maladie\* ☐ مرض\* Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Maternité\* ☐ أمومة\* Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الإستشفاء :  
Accident\* ☐ حادث\* Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : Casablanca حرره :  
le 10/01/2023 في :  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : Casablanca حرره :  
le 10/01/2023 في :  
Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins





Docteur M. SOUALY

Cardiologue

Diplômée de la Faculté de Paris



الدكتورة م. اسوالي

اختصاصية في أمراض القلب

خريجة جامعة باريس

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

que - Holter TA - Holter Rythmique - ECG Effort

Casablanca, le

23/12/2023

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables



6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

M → GENNAIM EL HAM

72,00 x 3

Détensiel A (S) 100

43,30

A (S) 1000

10

Traitement de 3

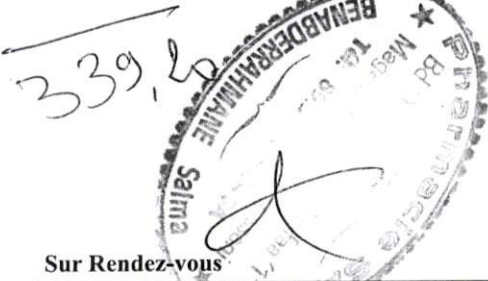
79,50

3 A (S) 1000

ADO® 1g.  
Boîte de 90 comprimés pelliculés



6 118000 092469



Cardiologue  
Cabinet Fito, d'Azamhour à Bd. Sidi A  
Communal N°10 - 1er Etage  
Casablanca - Tél. : 0522 91 31 38

P.P.C : 79.90 DH

Boite : Lot :  
0/24 119057

Sur Rendez-vous

بالموعد

Angle Bd Abdelhadi Boutaleb & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal B

N° 10, 1er Etage Hay Hassani - Casablanca

Tél. : 0522 91 31 38



MME ENNAIM ILHAM

BD OUM RABII IMM 2 ETG 3

APPT 9 OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA HAY EL OULFA  
20202

## Accusé de Réception



N° de Dossier :

85303622

Date et heure : 12/01/2024 11:14

Nom et prénom Assuré :

ENNAIM ILHAM

Immatriculation :

93429629 / 090088639

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ENNAIM ILHAM

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

639,20

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :





## Remboursements



PAYE



04/03/2024

2 dossiers | 610.90 DH

01/03/2024

2 dossiers | 359.30 DH

08/01/2024

1 dossiers | 162.00 DH

17/11/2023

1 dossiers | 162.00 DH

02/10/2023

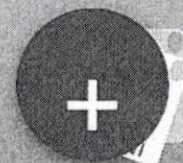
1 dossiers | 162.00 DH



CENTRE D'APPELS CNOPS

053 800 20 20

0,35 dir/min tél. fixe et 1,20 dir/min tél. mobile







## Remboursements



PAYE

04/03/2024

2 dossiers | 610.90 DH

N° dossier

85303622

Mode de  
paiement

Virement

Bénéficiaire

ENNAIM ILHAM

Frais engagés

639.2 DH

Remboursé

448.9 DH

N° dossier

85303793

Mode de  
paiement

Virement

Bénéficiaire

ENNAIM ILHAM

Frais engagés

166.5 DH

Remboursé

162 DH

01/03/2024

2 dossiers | 359

CENTRE D'APPEL GROUP  
053 800 20 20

08/01/2024

1 dossier | 162.00 DH

