

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

- 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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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

N° W19-487501

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : RoAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : BERDAM Mohamed

Date de naissance : 22/07/1957

Adresse : 81, Rue Moucharrafia HPP 18 Hay Hassani

Tél. : 0662 103375

Total des frais engagés : 150 DAS

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément remboursement

Date de consultation :

12 NOV. 2019

Nom et prénom du malade :

RAKIAL Fadoua

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 :

ACCUEIL

Le :

10/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Instructions à suivre

تعليمات

ablier une feuille de soins par personne et
ir événement.

feuille de soins doit être accompagnée de
toutes les pièces justificatives originales
ordonnances médicales, factures, résultats
examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée
évent être portés par les praticiens eux mêmes
chaque feuille de soins.

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

feuille de soins ainsi que les pièces
justificatives doivent être présentées à votre
bureau dans les deux mois qui suivent le
dernier 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.

remboursement des frais engagés sera
effectuée sur la base de la tarification nationale
réfrence.

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

personne coupable de fraude ou fausse
déclaration pour obtenir des prestations qui
sont pas dues, est passible des sanctions
pécuniaires et réglementaires.

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى
التعاضدية التي تنتمون إليها في
طرف 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 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.



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 (لها)

Nom et prénom : **BAKKACI Fadoua** : الاسم العائلي و الشخصي
N° Affiliation : **113183** : رقم الإنخراط
N° Immatriculation : **552298843** : رقم التسجيل
N° CIN : **A169456** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : **11, Boulevard Hpp 18 Hay Essalam** : العنوان
Montant des frais (Dhs) : **150 000** : مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : **02** : عدد الوثائق المرفقة

Declaracion du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **BAKKACI Fadoua** : الاسم العائلي و الشخصي
Data de naissance : **16/11/57** : تاريخ الازدياد
N° CIN : **A169456** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : **M** ذكر **F** أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant : تعريف الطبيب المعالج
N° INP : **113183272** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* : ☐ مرض * : تم تقديم الظرف المغلق * : ☒ Oui ☐ Non
Maternité* : ☐ أمومة * : تاريخ الحمل :
Hospitalisation* : ☐ استشفاء * : التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* : ☐ حادث * : تاريخ الإشتفاء :
Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **12/02/19** : حرر بـ :
le : **12/02/19** : في :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :
توقيع المؤمن له (لها) : **BAKKACI Fadoua**

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الارسال

الدكتور ميسوم محمد

Chirurgien Orthopédiste et Otolaryngologue

جراحة العظام و المفاصل

Chirurgie des Os et des Articulations

جراحة الروماتيزم

Chirurgie du Rhumatisme et de l'Arthrose

الطب الرياضي

Chirurgie de la Main - Microchirurgie

جراحة اليد و الجراحة بالمجهر

Ancien Chirurgien des Hôpitaux de Paris

استاذ جراح سابق بمستشفى باريس

Membre de la Société Française de Chirurgie Orthopédique

عضو الجمعية الفرنسية لجراحة العظام

Expert Assermenté près les Tribunaux

خبر حلف لدى المحاكم

Rabat, le الرباط في

27-02.19

7. Practical Problems

A. Labatto

150, 358

10. Info.

LOCATED SERVICE: Dr. M. MISSOUM
MATERIEL MEDICAL
Chirurgien
Traumatologue-Orthopédie
Chirurgie de la main
4591 Av. Med V. - Rabat
Tél.: 05 37 76 28 28 / 05 37 76 53 63

489، شارع محمد الخامس - الطابق السفلي - الرباط - الهاتف : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63 - Tél : 05 37 76 28 29 / 05 37 76 53 63 - RDC - Rabat - AV. Mohammed V

GSM : 06 61 13 23 82 E-mail : missmed75@gmail.com

INP :

يمنع ما

ICE : 001526686000016

Casablanca Le, 09/03/19

FACTURE N°: UF9026378

Clients comptoirs Casa

ICE CLIENT : 001633221000009

INP CLIENT :

DEPOT CASA PV

MME BAKKALI FADOUA

Agent commercial : **NAIMA**

Mode de règlement : **ESPECE**

Code Article	Code TVA	Désignation	Qté	P.U.TTC	Remise	P.U.net. TTC	Montant TTC
65001	2	TALONNETTE PEDIPRO ANTI CHOC T1	1,00	150,00	0%	150,00	150,00

LOCAMED SERVICE
MATÉRIEL MÉDICAL

Code	Base	Taux	Montant
2	125,00	20%	25,00
Total	125,00		25,00

Total HT 125,00

Total TVA 25,00

Total TTC 150,00

Timbre : 0,38

Total TTC+Timbre : 150,38

Arrêtée la présente facture à la somme de **Cent cinquante Dirhams, trente huit Gts** (150,38 DHS) - C.N.S.S : 2445642 - R.C. : 30269 - Patente : 25103476 - I.F. : 3315150

Siège Social : 11, rue Mamounia (ex CTM) - Rabat - Siège Administratif : Angle Av. Med VI et Av. El Haouz - Rabat - Maroc

Tél. : 05 37 63 08 07 / 05 37 63 26 00 - Fax : 05 37 63 00 86 - ICE : 001526686000016 - info@locamed.ma - www.locamed.ma

CASABLANCA

Arjoun: 7, rue Lahcen Arjoun (face hôpital 20 Août), quartier des Hôpitaux.

Tél : 05 22 86 39 89 / 05 22 86 16 83 / 05 22 86 37 17

Ghandi: 60, Boulevard Ghandi, quartier Essalam Tél : 05 22 94 20 43 / 05 22 86 22 22

Goulmima: 627, rue Goulmima Casa-Anfa (à proximité hôpital My Youssef) Tél : 05 22 20 20 98 / 05 22 20 21 04

Hôpitaux: 46, rue des hôpitaux. Tél : 05 22 47 63 70 / 05 22 47 48 30

RABAT

Zaers: Angle Av. Mohamed VI et Av. El Haouz Tél : 05 37 63 27 28 / 05 37 63 26 05

Mamounia: 11, rue Mamounia, (ex CTM) centre ville. Tél : 05 37 70 40 40 / 05 37 70 00 77

MARRAKECH

Avenue, Yaacoub el Mansour N°: 2 Résidence Ahlam Guéliz (près de centre Américain) Tél : 05 24 43 15 00 / 05 24 43 14 30

TANGER

6, résidence Saghinia 2, Av. Sidi Mohamed Ben Abdellah Quartier Iberia - Tanger Tél : 05 39 33 55 40 / 05 39 37 23 67

FÈS

Angle Av. des FAR et rue Ahmed Chibhi (en face de central banque chaabi) Tél : 05 35 62 51 62 / 05 35 62 51 61

KÉNITRA

Angle Avenue Ahmed Diori et Avenue Moulay Abderrahmane Tél : 05 37 36 74 28 / 05 37 37 74 75

SETTAT

Lotissement Amani, Settât ville

Tél. : 05 23 40 03 54

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion\)](#) [Reconnaitre](#) [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 2

REJET 1

PAYE

NON PAYE 2

EN COURS DE PAIEMENT 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
1	-	27/09/2019	Virement	-	150,38	144,00	0,00	144,00
55580534	11/03/2019	Payé en : 200 jours		BAKKALI FADOUA	150,38	144,00	0,00	144,00
2	-	01/07/2019	Virement	-	1 420,00	656,40	98,60	755,00
2	-	30/05/2019	Virement	-	2 589,51	1 470,40	323,10	1 793,50
1	-	09/05/2019	Virement	-	800,00	240,00	27,50	267,50
1	-	01/04/2019	Virement	-	1 993,98	776,00	81,00	857,00
1	-	05/03/2019	Virement	-	8 000,00	1 200,00	0,00	1 200,00
1	-	04/02/2019	Virement	-	423,80	120,00	5,00	125,00

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

★★★★★

Royaume du Maroc



MME FAIYOUA BAKKAI
N° 81 RUE LARACHIE APT 19 HAY
ESSALAM
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TR

000055580534

Accusé de Réception

N° Réception

55580534

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BAKKAI FAIYOUA

Immatriculation : 55208849 / 0501391

Nom et Prénom Bénéficiaire : BAKKAI FAIYOUA

Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier

DOSSIER SOCIAL AN CM

Date et heure

11/03/2019 12:01

Lieu de réception

CASA 50107

Valeur du dossier

150,38

Nombre de pièces

Code Agent

5MTR267

Code Etablissement

Etablissement