

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.

Diagnostique 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.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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

N°D
14728

Déclaration de Maladie

N° P19-0036281

POUR COMPLEMENT

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : HAMMOU ABDELOUAHE
Date de naissance : 21.04.1951
Adresse : 5, RUE DE L'HERAULT PAO
CASABLANCA
Tél. : 0661.23.84.70 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BELAMINE KHANJA 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 : CASABLANCA Le : 30/12/2019
Signature de l'adhérent(e) : HAMMOU

POUR COMPLEMENT

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 المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإتيانية 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 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: BELAMINE KHADIJA
رقم الإنخراط: 297443
رقم التسجيل: 932805742
رقم بطاقة التعريف الوطنية: B 428 419
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له: *
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): *
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: 5 RUE DE L'HERAULT POLO CASAS CAN CA
Montant des frais : Dhs. درهم
عدد الوثائق المرفقة:
Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي: BELAMINE Khadija
تاريخ الإزدياد: 19 08 1977
رقم بطاقة التعريف الوطنية: B 428 419
الجنس: * أنثى ☒ ذكر ☐

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس: 0914039890
N° INP

نوع العلاجات Type de soins
تم تقديم الظرف المغلق: * Oui ☐ Non ☐
Pli confidentiel remis*
تاريخ الحمل:
Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة:
Date prévue d'accouchement :
تاريخ الإستشفاء:
Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث:
Date d'accident :
أسباب الحادث:
Causes :

أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : 02/12/2019
في:
توقيع المؤمن له (الها)
Signature de l'assuré(e)
أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : 02/12/2019
في:
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
245.80 Rés. 2019
Casablanca

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

* أشطب الخانة



MME KHADIJA BELAMINE
NO 5 RUE DE L'HERAULT
POLO
CASA ANFA
20550 CASA ANFA

000059705055

Accusé de Réception

N° Réception : 59705055
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELAMINE KHADIJA
Immatriculation : 93805742 / 090284191
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELAMINE KHADIJA
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 2/12/2019 10:39
Lieu de réception : CASA SIEGE 90148
Valeur du dossier : 624,00
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 9MGE066

Code Etablissement :
Etablissement :

Accueil > Application > assure app

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

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	-	23/12/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
59705055	02/12/2019	Payé en : 21 jours		BELAMINE KHADIJA	624,00	324,87	74,26	399,13
 1	-	07/10/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
 1	-	29/07/2019	Virement	-	774,00	444,87	79,26	524,13
 1	-	21/06/2019	Virement	-	5 248,30	2 007,60	95,88	2 103,48
 1	-	10/06/2019	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

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

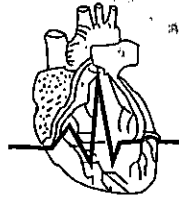
★★★★★

Docteur CHAHID Hafsa

CARDIOLOGUE.

**Spécialiste Maladies du Cœur
et des Vaisseaux**

245, Bd. Reda Guedira (ex.Nil) - Cité Djemaâ
Ben M'sik Sidi Othmane
Casablanca - Tél.: 05 22 37 10 96



الدكتورة شهيد حفصة

إختصاصية

في أمراض القلب والشرابين

245. شارع رضا أكديرة (النيل سابقا) قرية الجماعة
عمالة ابن مسيك سيدي عثمان
الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 37 10 96

Casablanca Le 2/12/19..... الدار البيضاء

BECANINE KHADIDA

208,00 COVERAN 5/5 3/10
+3

624,00

PHARMACIE NADOR
LAHLOU Abdelali
3, Rue l'Héroult Av. Nadir-Pole
Casablanca. Tél: 0522 28 05 76

Dr CHAHID HAFSA
Cardiologue
Spécialiste Maladies du Cœur
et Des Vaisseaux
245.BD Reda Guedira Cité Djemaâ
Casablanca Tél : 05 22 37 10 96