

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

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

Le 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



Déclaration de Maladie

N° P19-0048150

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : coplaret

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHARIT

ABDELGHANI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06197344

Total des frais engagés :

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

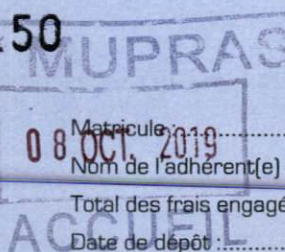
Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-048150

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).



Matricule : 8163

Nom de l'adhérent(e) : CHARIT

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

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'Hayat
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° W19-410540

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre
 Nom & Prénom : CHARIT Abdelghani
 Date de naissance : 15.07.1967
 Adresse : 56, Hay Mohammadia R18 e19 CASAB
 Tél. : 0661976344 Total des frais engagés : 763,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20.09.2019
 Nom et prénom du malade : EL YATIM EL HONDA Age: 20.09.2019
 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 : 08 OCT 2019 Le : 01/10/19



MME HOUDA ELYATIME
NR 56 HAY MESSAOUDIA
RUE 18 CITE DJEMAA CASA
CASABLANCA CITE DJEMAA
20452 CASABLANCA CITE DJEMAA

000058191068

Accus de Reception

Nº Reception : 58191068
(Nº rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prnom Assur : ELYATIME HOUDA
Immatriculation : 43824379 / 040189599
Nom et Prnom Bnficiaire : ELYATIME HOUDA
Rang Bnficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 3/09/2019 10:03
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 763,80
Nombre de pices : 6
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :

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 les praticiens 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 votre mutuelle 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 الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



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 : EL YATIME Nouda : الإسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 31433314 : رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 432824379 : رقم التسجيل

N° CIN : BH317481 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ : العنوان : SG, HAY, Temondia, 218 ci

Montant des frais (Dhs) : 763,80 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 06 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL YATIME Nouda : الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 2005/2/2 : تاريخ الإزدياد

N° CIN : BH317481 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0910149023 : الرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض* : تم تقديم الظرف المغلق* : ☒ Qui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة* : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* ☐ حادث* : تاريخ الإستشفاء :

Causes : تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 09/07/2019 : حرر بـ :

le : 09/07/2019 : في :

توقيع المؤمن له (لها) :

Signature de l'assuré (e) :


Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins :

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite : يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجراة

| 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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant |
|----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 05/07/19 | C | | | G |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| 07/20/19 | INP: 128,80 |  |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

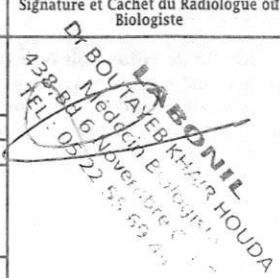
INP: []

INP: []

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

| تاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفوتر Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 08-07-19 | | B:250 | | 335 |  |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

INP: 093061141

INP: []

INP: []

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات Dates 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: []



Prélèvement du : 08-07-2019
Code Patient : 1802030020
Date de naissance : 20-09-1977 (41 ans)

Mme Houda EL YATIME

N° du dossier : 1907080058

Médecin : Dr BELGHMI RACHID

Résultats

Valeurs de référence

Antécédents

HORMONOLOGIE

20-03-2019

TSH Ultra-sensible

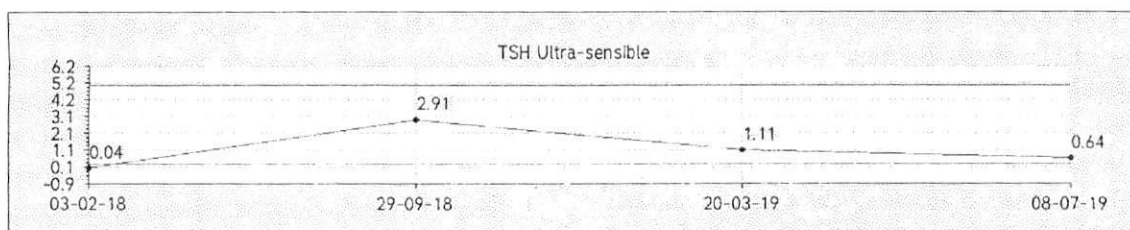
0.644 mUI/L

(0.250–5.000)

1.110

(Technique ECLIA – Roche Diagnostics Cobas)

- *Hyperthyroïdie* : TSH < à 0,15 mU/L
- *Hypothyroïdie* : TSH > à 7,00 mU/L
- *Nouveau-né* : TSH augmente à la 30 minute de vie (80 mU/L) puis retour à la normale vers 2-5 jours.



| Age | Valeur de référence |
|-------------|---------------------|
| 0 à 1 mois | 0,70 à 18,10 mUI/L |
| 1 à 12 mois | 1,12 à 8,21 mUI/L |
| 1 à 5 ans | 0,80 à 6,25 mUI/L |
| 6 à 10 ans | 0,80 à 5,40 mUI/L |
| 11 à 14 ans | 0,70 à 4,61 mUI/L |
| 15 à 18 ans | 0,50 à 4,33 mUI/L |
| > 19 ans | 0,25 à 5,00 mUI/L |

Demande validée biologiquement par : Médecin Biologiste

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438 Bd 6 Novembre D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50

Laboratoire d'Analyses Médicales Labonil

Dr. BOUWYEB KHAIROU
Médecin Biologiste



مختبر النيل للتحليلات الطبية

الدكتور هدى بويصب
طبيب تحليلات طبية

FACTURE N° : 190003535

Casablanca le 08-07-2019

Code INPE : 093061141



Mme Houda EL YATIME

Demande N° 1907080058

Date de l'examen : 08-07-2019

Analyses :

Récapitulatif des analyses

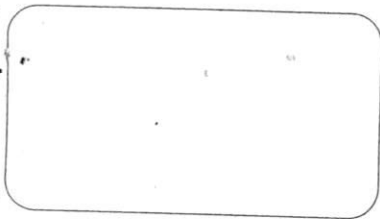
| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|---------|------|-------|
| 0163 | TSH | B250 | B |

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 335.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente-cinq dirhams

LABONIL
Dr BOUWYEB KHAIROU
Médecin Biologiste
438 Bd 6 Novembre C D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50



le 05/07/19

ORDONNANCE

EL YATIME HOUDA

S HUS

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR HOUDA
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50

LABONIL
Dr BOUTAYEB KHAIR
Médecin Biologiste
438, Bd 6 Novembre C D Casa
TEL : 05 22 55 69 49 / 50



[Ma 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](#)[NON PAYE 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 | - | 30/09/2019 | Virement | - | 763,80 | 420,69 | 100,87 | 521,56 |
| 58191068 | 03/09/2019 | Payé en : 27 jours | | ELYATIME HOUDA | 763,80 | 420,69 | 100,87 | 521,56 |