

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

Informations 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.

Biologie 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 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

N° P19- 067111

NDP = 30191

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADRI Radat

Date de naissance : 1945

Adresse : 52 Nakhalad Akli Res Dan Nakhal

Bonifone Casablanca

Tél. : 0668376320 Total des frais engagés : 221,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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 وأثمزتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهدية 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 التماهدية

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
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BÉNACHEM EL HACHOUMI الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 110781 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 442076025 رقم التسجيل :

N° CIN : 838040 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : 58 Nakallal Akeli des Ban Naklep العنوان :
Bangasue

Montant des frais (Dhs) : 22,00 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 5 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091219642 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات :

Maladie* مرض* Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité* أمومة* Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* استشفاء* Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* حادث* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث : Date d'accident : تاريخ الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca

le : 24/07/19

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 22/07/19

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque cas

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

[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**

📌 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	-	21/01/2020	Virement	-	1 000,00	520,00	130,00	650,00
1	-	30/12/2019	Virement	-	980,80	543,56	197,24	740,80
1	-	20/09/2019	Virement	-	929,40	490,92	75,00	565,92
1	-	04/09/2019	Virement	-	221,00	64,00	3,00	67,00
1	-	05/08/2019	Virement	-	1 500,00	640,00	80,00	720,00
1	-	24/07/2019	Virement	-	713,50	120,00	5,00	125,00
1	-	18/06/2019	Virement	-	875,40	602,78	100,56	703,34

Dr. Amal SALIM

Lauréate des Facultés de Médecine
de Rabat, Bordeaux et Rennes

Médecine Générale
Diabétologie - Nutrition
Echographie - Médecine du travail

الدكتورة آمال سليم

خريجة كليات الطب بالرباط
بوردو، رين

الطب العام
داء السكري و الحمية
الفحص بالصدى - طب الشغل

Casablanca, Le: 22/07/19

BENHACHEM EL HARRAUNI



LADRAT



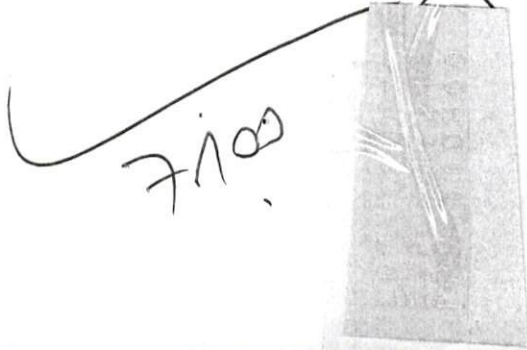
PPV20DH00
PER02/22
LOT:1521

1) DoliGrippe st

200° 1 st x 3/4

2) BroncoLibér sirop

1 cāc x 3/4



Dr. Amal SALIM
Médecine Générale
Diabète - Nutrition
Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Choujaa
El Fard, Appt. N° 4 - Casablanca
Tel: 05 22 26 34 66

Angle Bd. Bourgogne et rue Abou Choujaa
El Fard, Appt. N° 4, 1er étage - Casablanca

05 22 26 34 66 - 06 73 94 85 48
@ dr.salimamal@gmail.com

Royaume du Maroc



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000057797054

Accusé de Réception

N° Réception : 57797054
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 26/07/2019 11:38
Lieu de réception : CASA LAMANE 45004
Valeur du dossier : 221,00
Nombre de pièces : 5
Code Agent : M4S0249

Code Etablissement :
Etablissement :