

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-596290  
*Complément*

*54953*  
☐ Autres

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2479* Société : *RAM*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *ROCHDI, M'hamed*

Date de naissance : *14-6-1955*

Adresse : *Résidence wabilil 2, rue de rue*  
*SASA*

Tél : *0621979896* Total des frais engagés : *56x, x0* 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 : */*

Signature de l'adhérent(e) : */*

### Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## 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 وأمدها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

الآخطار 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 التعاقدية

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 1.01.01  
مراجعة

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BASSIR JANILA** الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **182166** رقم الاختراط :  
N° Immatriculation : **932609296** رقم التسجيل :  
N° CIN : **B584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

Adresse : **ANGLE RUE DE ROME RUE ABDESSALAM** العنوان :  
**ALKHATTABI RESIDENCE WALIY 7 AM 8 CABA**  
Montant des frais (Dhs) : **564.40** مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **BASSIR JANILA** المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **BASSIR JANILA** الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **10/10/1969** تاريخ الزيداد :  
N° CIN : **B584734** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** ☐ ذكر ☐ F ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **03412846** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : **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 المتوقع للولادة :  
Accident\* ☐ حادث ☐ Date d'hospitalisation :  تاريخ الاستشفاء :  
Causes :  تاريخ الحادث :  
Date d'accident :  أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **قورب**  
le : **22/12/2020** في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **قورب**  
le : **22/12/2020** في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو رئيسة العيادة  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



description des actes effectués

وصف العمليات المخروطة

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
22/12/22	comp			4800	

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحصاء الأشعة والصور

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 الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جزء الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/12/22	16440	
	092040462	

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

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/accueil)

 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

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	564,40	267,08	33,30	300,38
65236043	24/12/2020	BASSIR JAMILA	564,40	267,08	33,30	300,38



Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous



الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية  
و النفسية

خريجة كلية الطب ببوردو

محللة لدى المحاكم

بالموعد

21 DEC. 2020

17- Besser Jan 12

LOT

PER

PPV

12680

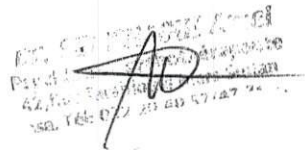
Podop 50mg cpl msh

(37.60

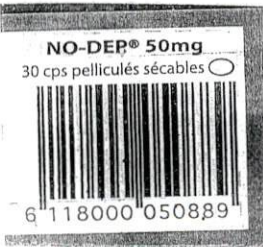
Lysanxia 15mg

164.40

5gout netes - dar



Dree du bache



42، زنقة طرابلس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء  
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca  
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18  
الفاكس : 05 22 22 81 34



MME JAMILA BASSIR  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHAIB 7  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTE

000065236043

Accusé de Réception

N° Reception : 65236043  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA  
Immatriculation : 93602296 / 070123522  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA  
Rang Bénéficiaire : 01  
Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 24/12/2020 10:41  
Lieu de réception : CASA SIEGE 20157  
Valeur du dossier : 564.40  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : 9MGE339

Code Etablissement :  
Etablissement :