

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

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

COMPLÉMENT Déclaration de Maladie

M22- 0047312

159292

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHAI Mohamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Résidence Walili 2, rue de
rue ASA
Tél. : 0621989896 Total des frais engagés : 400,00 Dhs

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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 3/5/23 Le : 3/5/23
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

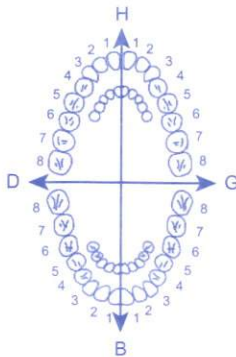
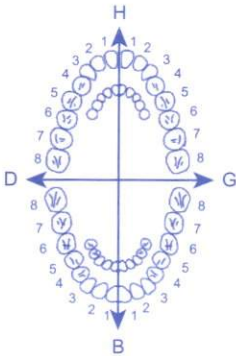
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>								
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc



Accuse de reception



MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

80355046

Date et heure : 13/04/2022

12:06

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296

090123572

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de reception :

CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams :

400,50

Nombre de pièces :

4

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE303

Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas pris en charge

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

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 5

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
5	-	-	2 569,20	916,69	115,59	1 032,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68
80355046	13/04/2023	BASSIR JAMILA	400,50	177,60	31,40	209,00
80355083	13/04/2023	BASSIR JAMILA	563,60	160,00	20,00	180,00

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

★★★★★

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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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.

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 ma mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

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 (لها)

Nom et prénom :	BASSIR JAMILA	الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation :	11824166	رقم الإخراط :
N° Immatriculation :	2132609296	رقم التسجيل :
N° CIN :	B15847314	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *	Conjoint <input type="radio"/> زوج <input type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن <input type="radio"/>	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Adresse :	Residence 11824166, rue de l'Assurance, App 8, CASABLANCA	العنوان :
Montant des frais (Dhs) :	400,50 درهم	مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes :	4	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	BASSIR JAMILA
Date de naissance :	04/10/1962
N° CIN :	B15847314
Sexe :	ذكر <input type="radio"/> أنثى <input checked="" type="radio"/>

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP	INP : 051095024	الرقم الوطني الاستدالي للممارس :
Type de soins	نوع العلاجات	
Maladie *	مرض * <input type="radio"/>	Pli confidentiel remis : * <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maternité *	أمومة * <input type="radio"/>	Date de grossesse :
Hospitalisation	استشفاء * <input type="radio"/>	Date prévue d'accouchement :
Accident *	حادثة * <input type="radio"/>	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : CASABLANCA
le : 11/10/2013
في : 11/10/2013
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASABLANCA
في : 11/10/2013
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Expert Assemblé Médical du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

FACTURE N° : 230313052

Casablanca le 13-03-2023

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 13-03-2023

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0100	Acide urique	B30
0118	Glycémie	B30
0134	Triglycérides	B60

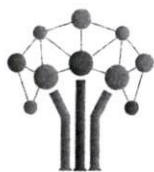
Total des B : 120

TOTAL DOSSIER : 185 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-cinq dirhams

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat
18, Rue Lavoisier - Casablanca
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522

La Qualité est notre souci permanent



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J

Code Patient 190819033



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

Prélèvement du : 13-03-2023
au labo à 09:36
Demande N° : 230313052
Edition : 31-03-2023

Mme BASSIR Jamila
Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE

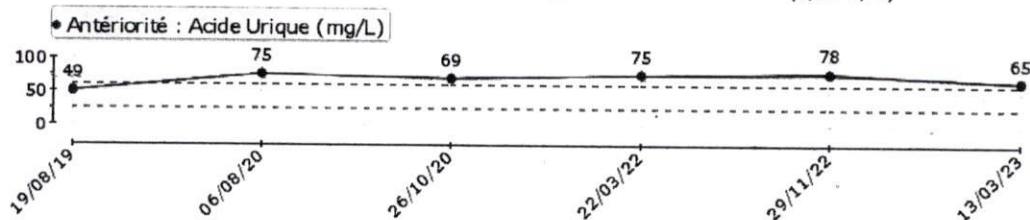
Acide Urique

(Dosage enzymatique - Roche)

65 mg/L (25-60)
0,39 mmol/L (0,15-0,36)

29-11-2022

78

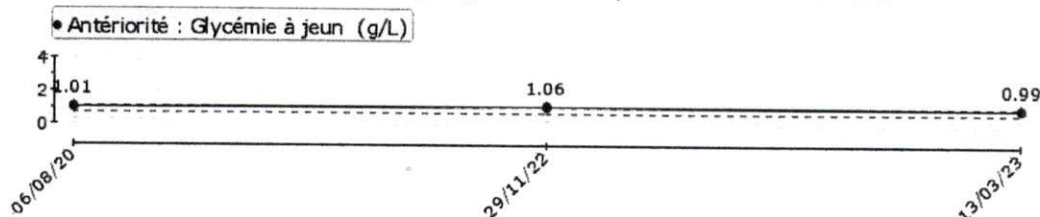


Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche)

0,99 g/L (0,70-1,10)
5,49 mmol/L (3,89-6,11)

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g
Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.



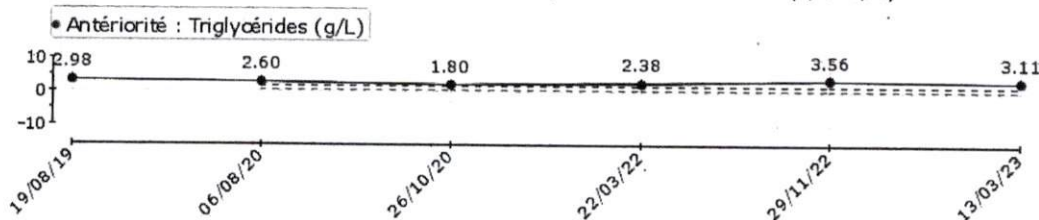
Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche)

3,11 g/L (0,35-1,50)
3,55 mmol/L (0,40-1,71)

29-11-2022

3,56



Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat
18 Rue La Voisier - Casablanca
Tél.: 0522 86 50 00 / Fax: 0522

Dr Abdelaziz ELBOUQDAOUI

Médecine générale Diplôme en Echographie

Expert assermenté près des tribunaux

22.Qu. de l'hôpital lots. OMRANA

OUEZZANE



الدكتور عبد العزيز البوقداوي

الطب العام و الفحص بجهاز الإكوغرافية

خبير محلف لدى المحاكم

22 حي المستشفى تجزئة عمرانة

وزان

Tel.Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاكس

ORDONNANCE

Ouezzane le

11/03/2023

Nom et Prénom

BASSIL JAMIL

21.2

Migralgine 15

MIGRALGINE
18 GELULES



6 118000 040538

94.5

19x4
Myoflex

115.52

19x4

LOT: TM010722
PER: 08/2025
PPC: 86:000H

PHARMACIE IMV
22 Qu. de l'hôpital lots OMRANA
OUEZZANE
05 37 90 72 26
06 00 06 07 05

Dr. Abdelaziz ELBOUQDAOUI

Médecine Générale, Diplôme en Echographie

Expert assermenté près des Tribunaux

22.Qu. de l'hôpital Lots OMRANA - Ouezzane



Tel.Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاكس

ORDONNANCE

Ouezzane le : 11 / 03 / 2023

Nom et Prénom : BASSIR JAMILA

- 1 - Ac argue.
- 2 - Glycémie.
- 3 - TG.

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales

~~Secretariat~~

18, Rue La Voisier Casablanca
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522

Jr. Abdelaziz EL BOUQDAOUI
Médecine Générale, Diplôme en Echographie
Expert Assermenté près des Tribunaux
22.Qu. de l'hôpital Lots Omrana - Ouezzane