

# 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

- Reclamation : 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- 0047315

159288

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### 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 : R. du Prince Walelil 7, me de  
 villa, CASA  
 Tél. : 0621993896 Total des frais engagés : 163,60 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 :  
 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 : CASA Le : 16/4/23  
 Signature de l'adhérent : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



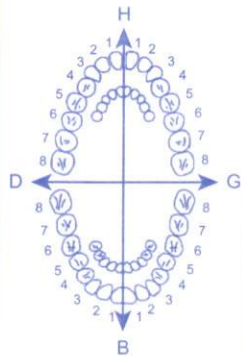
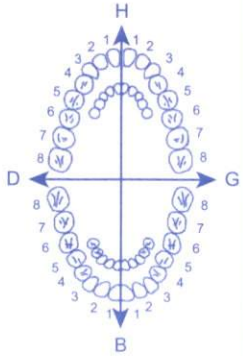
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### Important :

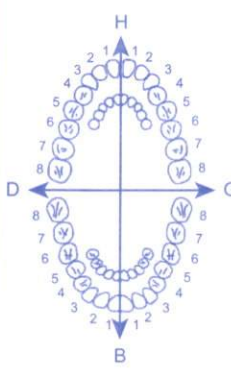
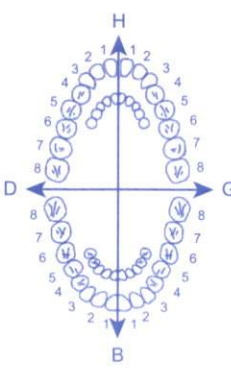
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>		
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;"> <b>H</b>  25533412   21433552  00000000   00000000  <b>D</b> ——— <b>G</b>  00000000   00000000  35533411   11433553  <b>B</b> </td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> </table>				<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ——— <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>	
	<b>H</b> 25533412   21433552 00000000   00000000 <b>D</b> ——— <b>G</b> 00000000   00000000 35533411   11433553 <b>B</b>					
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px;" type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px;" 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
					CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	<div><div><div>H</div><div>25533412    21433552</div><div>00000000    00000000</div><div>D ————— G</div><div>00000000    00000000</div><div>35533411    11433553</div><div>B</div></div></div>					
	<div><div><b>[Création, remont, adjonction]</b></div><div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div></div>					
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME BASSIR JAMILA  
ANG R ROME R ABDESLAM  
KHATB 7  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Royaume du Maroc



Accuse de Reception



N° de Dossier : 80355083 Date d'émission : 13/04/2023 12:06:33

Nom et prénom Assuré : BASSIR JAMILA

Immatriculation : 93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams : 563,60 Nombre de pièces : 3

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/auth)
  Identification
  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

ENREGISTRÉ 3

EN COURS DE TRAITEMENT 5

PAYÉ

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

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري من المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0664991000 N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BASSIR JAMILA Nom et prénom :

رقم الانخراط : 1821166 N° Affiliation :

رقم التسجيل : 9321602296 N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 815847314 N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : Conjoint ☐ زوج - Enfant ☐ ابن Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

العنوان : Résidence waleli'7 rue de roma CASA Adresse : App 8

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 563,60 Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة : 3 Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : Mme BASSIR JAMILA Nom et prénom :

تاريخ الزيداد : 04061964 Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 815847314 N° CIN :

الجنس : أنثى ☒ Féminin - ذكر ☐ Masculin Sexe\* :

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : 09111111160 N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins

مرض \* ☐ Maladie\*

أمومة \* ☐ Maternité\*

إستشفاء \* ☐ Hospitalisation\*

حدث \* ☐ Accident\*

تم تقديم الظرف المغلق\* : oui - non Pli confidentiel remis\* :

تاريخ الحمل : Date de grossesse :

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

حرر بـ : Fait à : 17032023

في : Le : 17032023

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

حرر بـ : Fait à : 17032023

في : Le : 17032023

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

La vente de cet imprimé est formellement interdite



### وصف العمليات المجراة

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | | | | | | |

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

**INP:**

## عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

Casablanca, le : 17 / 03 / 2023

## ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM : **BASSIR JAMILA**

AGE :

DDR :

TECHNIQUE :

INDICATION :

### UTERUS :

Position : **retroverse**

Taille :

Long. : ..... Larg. : ..... Antéro-postérieur : .....

Contours : **Gus uter heterogene**

Echostructure : .....

Endomètre : **au 1<sup>er</sup> fœtus mes**

### CAVITE UTERINE :

**limites**

### OVAIRE DROIT :

Echostructure : .....

Taille : .....

CFA :

### OVAIRE GAUCHE :

Echostructure : .....

Taille : .....

CFA :

### DOUGLAS :

### CONCLUSION :

.....  
.....

عيادة التوليد وأمراض النساء  
Cabinet de Gynécologie Obstétrique

الدكتور نجيب واجو  
Dr. Najib OUAJJOU



الدكتور عبد الجواد برنون  
Dr. A. BERRANNOUN

Casablanca, le 17 03 23

7- Bassir. Javile

Colpo mètre mètre

6860

10/12/23



PHARMACIE LM V  
Dr. Mohamed LAHLOU  
2800 Rue Salanique Angèle  
Rue de Rome Casablanca  
Tél : 05 22 85 43 95  
Tél : 06 00 06 07 08  
RC 318383



Dr. Najib OUAJJOU  
Gynécologie-Accoucheur  
Diplôme de Paris V  
39, Rue Omar Slaoui