

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

Déclaration de Maladie

N° P19- 064999

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1433 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : 165812
Nom & Prénom : SAFIRI RQUIA
Date de naissance : 28/10/1952
Adresse : 5, immeuble 42, Bd Othman NAFI, HAY
L'AYOUNE, CASABLANCA
Tél. : 0663455576 Total des frais engagés : 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 :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur Date Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue Date Désignation des Coefficients Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

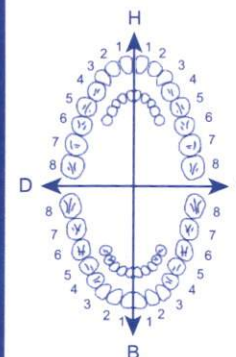
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

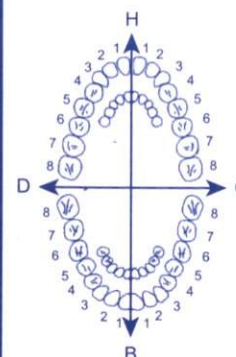
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Najid Abdelaziz

52,40 y x Smecte

1 sac x 3/1

49,80

11 Flgye 200g

1 cp x 3/1

102,00

Ozil plus 20g

27,50

1

OCEANIC CLINIC
Anesthésiste (anesthésiateur)
Dr. DA Jaafar
Dr. Jamal Aziz

Spasfon 80
4 cp x 3/1

CLINIQUE YASMINE

Bd. Sidi Abderrahmane

Tel : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19



090004029

28.10 5) Vogalen sirop
 1 CAS x 3/1

14.60 6) Doliprane 1000
 1 cp x 3/1

274.40
 PHARMACIE OKBA IBN NAFI
 Dr DALOUAD MINE
 Rue 3 N°11 Hay Achi
 Hay Mohammed-Casablanca
 Tel 0522 83 83 95

VOGALENE 0,1%
 Solution buvable -150 ml

 6 118000 081050

Ozil plus 20 mg
 Oméprazole
 28 Gélules

 6 118000 331254

SMECTA ORANGE VANILLE
 30 SACHET 830
 P.P.V : 52DH40

 6 118000 011460

Doliprane 1000 mg
 PARACETAMOL
 8 comprimés effervescent sécables

 6 118000 040361
 P P V 14 D H 6 0
 P E R 0 6 1 2 5
 L O T 1 2 0 7 3

FLAGYL 500 mg
 CP PEL 820
 P.P.V : 48DH80

 6 118000 060062

Spasfon
 30 comprimés enrobés

 6 118000 330226

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE



المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف



ABDELAZIZ

NAJID

Né le

08.04.1950

مزداد بتاريخ

ب عين السبع حي المحمدي عين السبع

AIN SEBAA HAY
MOHAMMADI AIN SEBAA

المدير العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي



CAN 869123

N° B60110

رقم

صالحة إلى غاية 14.11.2030

Royaume du Maroc



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
POLICE



Nom et prénom : NAJID ABDELAZIZ

Né (e) le : 08/04/1950 Org. CMR

Immatriculation

251

رقم التسجيل

709278

S. O. M. / Etab. / Pens.

7031450

Affiliation رقم الانخراط

73181

Le Directeur المدير

Date affiliation

18/08/2005

وقم

N° état civil

885/1952

فَمِ الْحَالَةُ الْمَدْنِيَّةُ



0P12GD7W

بن ابراهيم بن الطاهر

و راقية بنت الحسين

Sexe M الجنس

Fils de BRAHIM ben TAHAR

El de RKIA bent EL HOUSSINE

العنوان إقامة الميوز شارع عقبة بن نافع عمارة 42 شقة 5 الدار البيضاء

Address RESIDENCE LAAYOUNE BD OKBA BNOU NAFIA IMM 42 APT 5 CASABLANCA

IDMAROPI2GD7W<1B60110<<<<<<<<
5004081M3011146MAR<<<<<<<<<9
NAJID<<ABDELAZIZ<<<<<<<<<<<<<

23/01/2009 ~~Conjoint~~ الزوج (ة)

Sce. IMM
C.N.O.P.S

الإسم والنسب

متزوج (ة) بتاريخ

المهنة

الأبناء

تاریخ الإزدیاد

الاسم

تاریخ الاجزیاد

الاسم

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 وأذمنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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
برج رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Barre à scannner (e) خاص بالمؤمن له (ها)
Nom et prénom : **NAJID ABDELAZIZ** : الإسم العائلي و الشخصي
N° Affiliation : **-73181** : رقم الانخراط
N° Immatriculation : **51 709278** : رقم التسجيل
N° CIN : **-1-B60110** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse : **Res layoune Bd OKBA bmaou NAFIAA Im 42A15** : العنوان
HAY MOHAMMADI CASA BLANCHE
Montant des frais (Dhs) : **1174 DH et 4 etc** : مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Declaracion du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins : **NAJID ABDELAZIZ** : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : : الإسم العائلي و الشخصي
Date de naissance : **08-4-1950** : تاريخ الميلاد
N° CIN : **-B60110-** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : **M** ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى : الجنس*

Identification du médecin traitant : تعريف الطبيب المعالج
N° INP : **080004929** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie * ☐ مرض * : **CLINIQUE YASMINE**
Maternité * ☐ * : **CLINIQUE YASMINE**
Hospitalisation * ☐ * : **CLINIQUE YASMINE**
Accident * ☐ حادث * : **CLINIQUE YASMINE**
Date d'accouchement : : تاريخ الولادة
Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء
Date d'accident : : تاريخ الحادث
Causes : : أسباب الحادث

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **CASA** :
le : **21/11/2022** :
Signature de l'assuré(e) :
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CASA** :
le : **21/11/2022** :
Signature du médecin traitant :
Cachet et Signature du médecin traitant :
Tel : 05 22 30 60 60 - Fax : 05 22 30 60 60

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite



عمليات الاحياء، الأشعة و الصور

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][]					

DATE: 21/10/2022

Détail des prospectus et vignettes envoyésPatient **NAJID ABDELAZIZ**Dossier N° **X2J215701**

Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
<i>Pharmacie</i>				
22/10/2022	ANDOL 1G INJ	1	18,80	18,80
22/10/2022	ACUPAN INJ (5)	1	6,34	6,34
22/10/2022	OMEPRAZOL NORMON 40MG INJ(01)	1	29,90	29,90
22/10/2022	NO- SPA INJ (05)	1	4,00	4,00
Total				59,04
<i>Consommables médicaux</i>				
22/10/2022	SERINGUE 10CC	1	1,80	1,80
22/10/2022	INTRANULES BLEUES G 22 (100)	1	3,23	3,23
22/10/2022	COMPRESSES STERILES 10*10 (80) PHARCOM	1	6,75	6,75
22/10/2022	PERFUSEUR EN Y	1	4,95	4,95
22/10/2022	GANTS MEDIUM NITRIL (100)	6	1,13	6,78
Total				23,51
Total journée		22/10/2022		82,55
Total produits consommés :				82,55

CLINIQUE YASMINE**Bd. Sidi Abderrahmane**

Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19





Casablanca Le: 21/10/2022

Facture N° 7475/22

Etablie par RECEPTION DE NUIT Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2J215701

N° Identifiant : 22105393/22

Nom & Prénom : NAJID ABDELAZIZ

C.I.N. : B60110

Date Début : 21/10/2022

Date Fin : 21/10/2022

Adresse :

Traitement : Consultation

Médecin : BERRADA JAAFAR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
SEJOUR					
Frais clinique	1	417,45			417,45
Total Rubrique :					417,45
CONSOMMABLE MEDICAL					
Consommables médicaux	1	23,51			23,51
Total Rubrique :					23,51
PHARMACIE					
Pharmacie	1	59,04			59,04
Total Rubrique :					59,04
PARTIE CLINIQUE :					500,00
HONORAIRES MEDICAUX					
Dr. BERRADA JAAFAR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	400,00			400,00
Total Rubrique :					400,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:					400,00
Encaissement :					TOTAL FACTURE 900,00

Espèce :	Chèque :	Solde :
500,00		400,00

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Neuf cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tel: 05 22 39 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19
090004029



M.P. Compte Rendu.
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 066941-89-93 N° Dossier :

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

الإسم العائلي والشخصي : **NAJID ABDELAZIZ**
رقم الانخراط : **73181**
رقم التسجيل : **1051709878**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **1-18601110**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان : **RES LAYOUNE Bd OKBA bmoou NAFIAA Im 48 Apt 5**
HAY MOHAMMADI - CA SA BLANCA -
Montant des frais (Dhs) : **1174 DH et 4 etc**
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : **NAJID ABDELAZIZ**
الاسم العائلي والشخصي : **034-1950**
تاريخ الزيداد : **18601110**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **01 NOV 2022**
الجنس : ☒ ذكر ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلاي للممارس : **05 22 39 71 19**
نوع العلاجات : **05 22 39 71 19**
تم تقديم الظرف المغلق : ☒ Oui ☐ Non
تاريخ الحمل : **05 22 39 71 19**
التاريخ المرتقب للولادة : **05 22 39 71 19**
تاريخ الاستشفاء : **05 22 39 71 19**
تاريخ الحادث : **05 22 39 71 19**
أسباب الحادث : **05 22 39 71 19**
Hospitalisation * ☐ * ☐ *
Accident * ☐ * ☐ *
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
فعل : **05 22 39 71 19**
في : **05 22 39 71 19**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
فعل : **05 22 39 71 19**
في : **05 22 39 71 19**
توقيع وطبيب المعالج
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins
تاريخ : **05 22 39 71 19**
Fax : **05 22 39 71 19**



مصحة الياسمين

Clinique Yasmine

14/2/2023

N- NAJIB ALLOUJ

MR patient en urgence le 21.10.22

pour douleurs lombaires aigus,
douls abdominaux + vbr ++

=> Consultation + soins.



090004029

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	-	12/06/2023	Virement	-	1 174,00	268,47	38,94	307,41
79972334	21/03/2023	Payé en : 82 jours		NAJID ABDELAZIZ	1 174,00	268,47	38,94	307,41
1	-	19/01/2023	Virement		1 289,72	417,06	56,33	473,39

