

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 canaux, 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 canaux.

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

M23-007026

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : Le A. M. 166086
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BERDA Mohamed
 Date de naissance : 22/07/57
 Adresse : 81, Rue Lassa Le App 18 CASA
 Tél. : 06621103373 Total des frais engagés : 999,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement en OPS
 Cachet du médecin :
 Gagneur épouse Mme BAKKACI Fadoua
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Mme BAKKACI Fadoua 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 : CASA Le : 22/06/2013
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

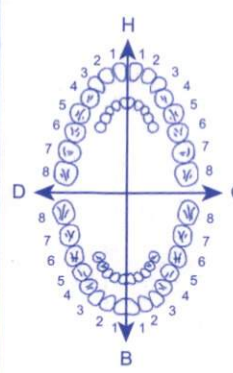
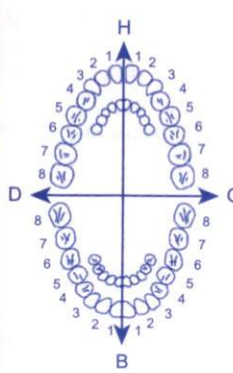
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: center;"> 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				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 LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, facturés, 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 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.

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.

يلقب بغرامة وإبراج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie

رقم الهاتف (اختياري): 06 30 01 25 50
N° du Tél (optionnel):

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

الاسم العائلي والشخصي: BAKKALI Fardouel
Nom et prénom:

N° Affiliation: 1143 183
N° Immatriculation: 5151 218 884 3

N° CIN: A1694156
N° CIN:

الصلة القرابية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ بنت ☐ بنت

الترخيص
Adresse: 81, Rue Lamine Depp 18 Hay
ESSACAM Ben Meryem CASABLANCA

المصاريف (بالدرهم): 999,20
Montant des frais (Dhs):

عدد الأوراق المرفقة: 07
Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج
Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: BAKKALI Fardouel
Nom et prénom:

Date de naissance: 16 11 1957

N° CIN: A1694156

الجنس: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

تصريح الطبيب المعالج
Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins

Maladie* ☐ مرض*
Maternité* ☐ أمومة*
Hospitalisation* ☐ إستشفاء*
Accident* ☐ حادث*

Pli confidentiel remis*: oui ☐ non ☐
Date de grossesse:
Date prévue d'accouchement:
Date d'hospitalisation:
Date d'accident:
Causes:

Fait à: CASABLANCA

Le: 03/04/2023

توقيع المؤمن له (ة)
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Fait à: CASABLANCA

Le: 03/04/2023

أصريح بمصادقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

إمالة في الخانة المناسبة

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

13 AVR. 2023
DELEGATION ADMINISTRATIVE
CASABLANCA

Identification de l'agent: _____
Date de dépôt du dossier: _____ تاريخ الإيداع: _____

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

تاريخ العملية Date des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
10/04/2023				3000	Dr EL AOUADJANI Rhumatologue 47, Rue Abou Sadiane Casa Tél: 0522 40 13 80

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
4/6/23		صيدلية الياسمين PHARMACIE DU JASMIN Mme LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tél: 05 22 81 17 67 092035344

INP: []

INP: []

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء الإشعاعية والتصوير

تاريخ العملية Dates des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
10/04/2023	1030			500,00	Dr EL HASSANI Driss INP: []

INP: []

INP: []

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العملية Dates des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العملية Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
3.4.23	1AM5			250H	SHIRFOUNI HANOU Tél: 05 22 81 17 67 Autorisation No 11 Rue Sidi Mousa - Belvédère CASA - AMCA

INP: []



6 118001 040841

AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

DEPO-MEDROL®
80 mg/2

 suspension inje
 acétate de méthylc

 2 ml Seringue/ مل
 I.M. - طريق العضل


6 118001 170487

أليز®



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

EN COURS DE TRAITEMENT 3

REJET 1

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
- 3	-	19/06/2023	Virement	-	2 094,95	1 168,44	137,07	1 305,51
80210172	06/04/2023	Payé en : 73 jours		BAKKALI FADOUA	300,75	300,00	0,00	300,00
80503985	25/04/2023	Payé en : 54 jours		BAKKALI FADOUA	795,00	466,50	84,20	550,70
80346231	13/04/2023	Payé en : 66 jours		BAKKALI FADOUA	999,20	401,94	52,87	454,81

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

النورة أمينة العوادي

أخصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل

محج الحسن الأول

7 زنقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسملة (وسط المدينة)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 03/04/2023 في الدار البيضاء،

N° BAKKALE FADOUA

1/ DILLOSTENE

(50)

DELOXOL

1 gélule 1 à 4 fois

2/ ALYSE 25 mg pelules

136,50

2 pelules 2 fois au coucher pendant

03 jours puis 1 pelule 2 fois pendant

03 jours puis 1 pelule 2 fois pendant

03 pelules le soir

174,10

Dr EL AOUADI AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Casa
Tél : 05 22 49 13 80

PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél : 05 22 81 17 67

PHARMACIE DU JASMIN
Mme LAMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél : 05 22 81 17 67

03/04/2023
005244
0164

MME BAKKALI FADOUA

Royaume du Maroc

N 81 RUE LARACHE APT 18 HAY

ESSALAM

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000



Assuré de Réception



N° de Dossier :

80346231

Date et heure : 13/04/2023 10:17

Nom et prénom Assuré :

BAKKALI FADOUA

Immatriculation :

55298843 / 050439188

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BAKKALI FADOUA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 50113

Valeur en Dirhams :

999,20

Nombre de pièces : 7

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR291

Nom Etablissement :

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23, Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 10/04/2023

Facture N° 1187/2023

Nom patient : BAKKALI FADOUA

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE DE L' EPAULE:

Montant : 500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS



23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca- Tél : 49-09-60/61 Fax 49-09-62 C.N.S.S./

2567157- Patente N° 34400143 - IF 01084042 -

BMCE : Agence Mers Sultan - Casablanca N° du Compte 78051 210 00 60083 40 ICE 00151
497 8 000009.

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

الدكتورة أمينة العوادي

اختصاصية في أمراض الروماتيزم و المفاصل

محج الحسن الأول

47، زقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 03/04/2023 في الدار البيضاء،

Mr BAKKALE FADOUA

1/ ECHOGRAHIE

LIENUE D'ART



- Suspense de l'analyse des
aux chondrocytes

- Suspense de l'analyse des
de l'analyse des chondrocytes

Dr EL AOUADI AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Casa
Tél: 05 22 49 13 80



4cm

1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 670

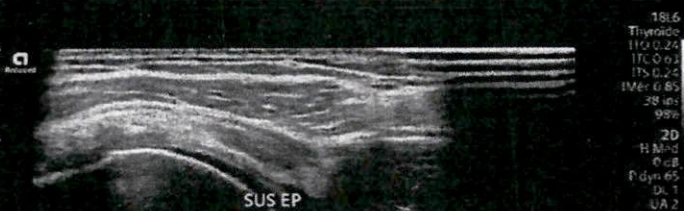
BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:47:56



1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 464

BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:47:56

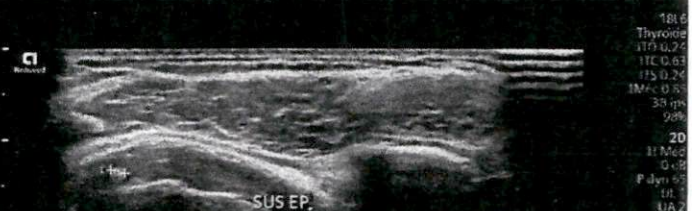


4cm

1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 1200

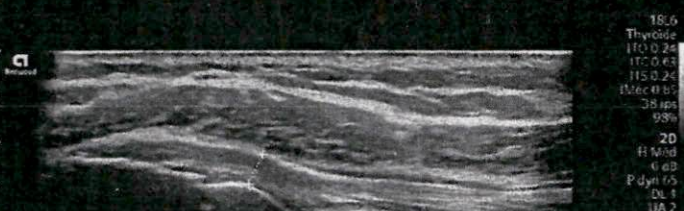
BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:49:04



1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 1200

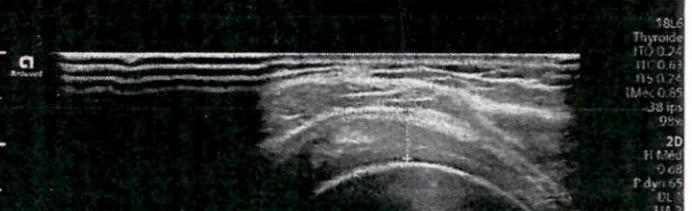
BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:50:30



1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 682

BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:51:18



1 D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 2.6 mm
V 0.0 cm³

in 1200

BAKALIFADOUA
10.04.2023 11:45:03
2023.04.10 11:52:23

Casablanca, le 10/04/2023
Dr. EL AOUDADI Amina
Rhumatologue

Chère Confrère,

Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), BAKKALI FADOUA

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

Le balayage échographique comparatif des deux épaules met en évidence la présence d'un aspect légèrement aminci à 5 mm et hypoéchogène de la portion proximale du tendon sus-épineux droit avec présence d'une petite calcification près de l'insertion mesurant 1,5 mm.

Absence de lésion focalisée visible.

Les tendons sous-épineux et sous-scapulaire sont de morphologie normale.

le tendon long biceps est en place dans sa gouttière de morphologie normale.

Absence d'épanchement articulaire notable.

Trophicité normale des muscles triceps, biceps et deltoïde.

Conclusion/

Aspect de tendinite du tendon sus-épineux droit avec petite calcification près de l'insertion tendineuse.

