

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

M22- 0009545

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2179 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHAI M'hamed 173384

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse :

Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 462,00 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 : CASABLANCA Le : 30/08/23

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

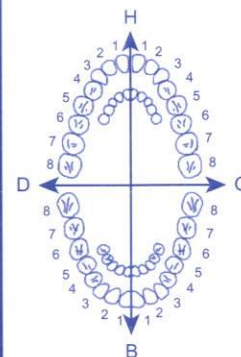
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]

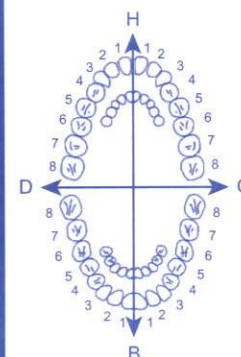
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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 تكون ورقة العلاجات "المطني الاستدلالي" من ميني للصحة (INPE) الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم، تتمهم 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 وإرجاع 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 من المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن به (e)

الاسم العائلي والشخصي: **BASSIR JAMILA**
رقم الانخراط: **188166**
رقم التسجيل: **9132 602896**
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B 15847314**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن به (e):
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: **ANGLE RUE DE ROME, RUE ABD ELALAM ALICHAITANI, RESIDENCE WALID 7**

أجمالي المصاريف (بالدرهم): **462 DH**
عدد الوثائق المرفقة: **2**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: **BASSIR JAMILA**
تاريخ الزيداد: **18/08/2003**
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B 15847314**
الجنس: ☒ أنثى ☐ ذكر

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: **091020354**
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins:
Maladie* ☐ مرض
Maternité* ☐ أمومة
Hospitalisation* ☐ إستشفاء
Accident* ☐ حادث

تم تقديم الظرف المغلق*: ☐ oui ☐ non
Date de grossesse:
Date prévue d'accouchement:
Date d'hospitalisation:
Date d'accident:
Causes:

Fait à: **CARABANCA** حرر بـ: **16/08/2023**
Le: **16/08/2023** في: **16/08/2023**
توقيع المؤمن به (e): **BASSIR JAMILA**
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: **BASSIR JAMILA**
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* Cachet la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:


Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

وصف العمليات المجراة

[illegible]

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
15/08/23	162.30 INP: 000040592	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

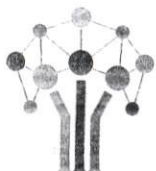
عمليات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

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
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					



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 : 25-07-2023
au labo à 10:48
Demande N° : 230725052
Edition : 29-07-2023

Mme BASSIR Jamila

Prescripteur : Dr BENZIDIA RACHID

BIOCHIMIE SANGUINE

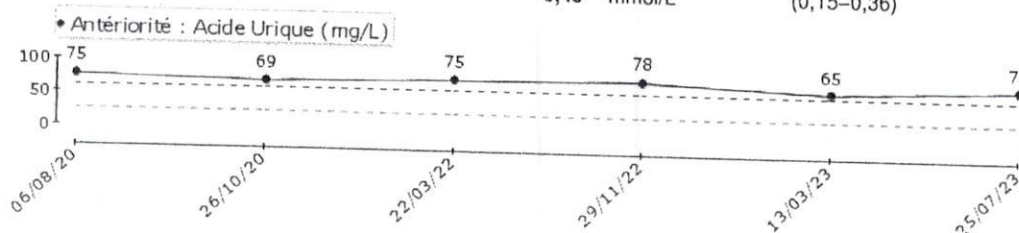
Acide Urique

(Dosage enzymatique - Roche)

75 mg/L (25-60)
0,45 mmol/L (0,15-0,36)

13-03-2023

65



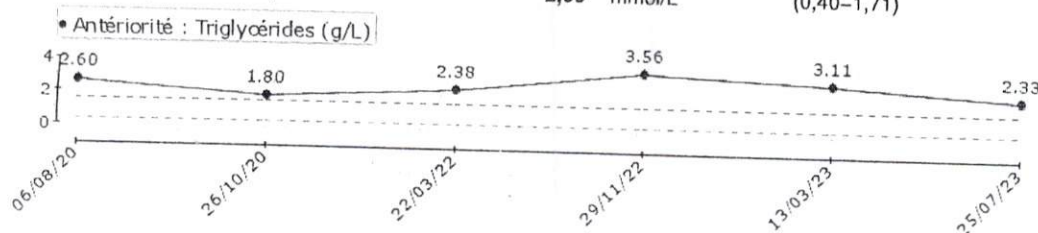
Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche)

2,33 g/L (0,35-1,50)
2,66 mmol/L (0,40-1,71)

13-03-2023

3,11



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 86 50 01

La Qualité est notre souci permanent

Interprétation

Intervalles

RR 806 ms
P 108 ms
PQ 134 ms
QRS 76 ms
QT 360 ms
QTc 401 ms

FC 74 /min

Axes

P 34°
QRS 34°
T 48°

Né: 04.06.1962

Age: 61 A

Sexe: F

Taille: 170 cm

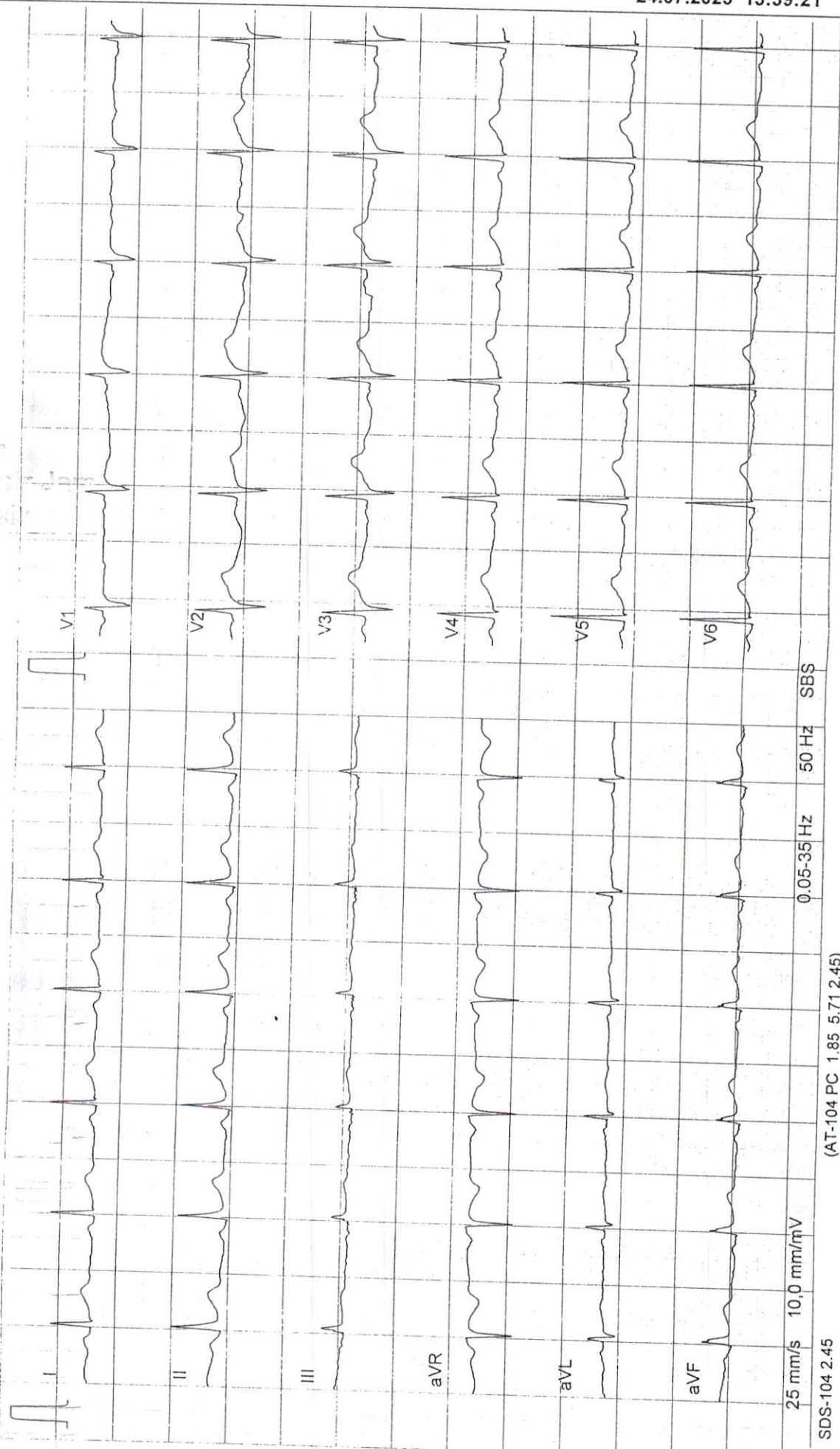
Poids: 78,0 kg

PA: 120 / 80 mmHg

Med:

Rem:

Validé



25 mm/s 10,0 mm/mV

0.05-35 Hz 50 Hz SBS

(AT-104 PC 1.85 5.71 2.45)

SDS-104 2.45

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATE 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

82517850

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 :

462,30

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE303

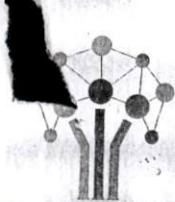
Nom Etablissement :



| Accuse de Reception |



Date et heure : 17/08/2023 11:26



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° : 230725052

Casablanca le 25-07-2023

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 25-07-2023

INPE : 093060911

Analyses :

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

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 145 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams.

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 25-07-2023

Analyses :

Laboratoire TOUZANI d'Analyses Médicales Secrétariat		
18, Rue La Voisier - Casablanca Tel: 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 01		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0100	Acide urique	B30
0134	Triglycérides	B60

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 145 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams.

La Qualité est notre souci permanent

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 Août) - CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web.: www.laboratoire-touzani.ma
INPE N°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authenticate\)](https://portailapps/www/index.php/assures/authenticate)

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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	907,30	569,50	35,30	604,80
82517850	17/08/2023	BASSIR JAMILA	462,30	282,30	5,00	287,30
82517883	17/08/2023	BASSIR JAMILA	445,00	287,20	30,30	317,50

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

☆☆☆☆☆



الدكتور محمد علي بنعبد الرازيق
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux

Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser

Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),

Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme BASSIR JAMILA

54.10⁴³
LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

162.30

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

54.10⁴³
LARMABAK
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali
OPHTALMOLOGISTE
36, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6
Tél : 0522 86 05 57/0522 86 05 58 - Casablanca

Casablanca , le - 15/08/2023 -

96 شارع 2 مارس إقامة ولبلي العمارة أ الطابق 2 الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2^{ème} étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21