

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'He
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

M23-007601

175674

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3-98 Société : R A M

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI FOUZIA

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse :

Tél. : 0644 009891 Total des frais engagés : 781,7 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 : Le : 7 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) : Hen

Autorisation CNDP N° A-A-215 / 2019

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

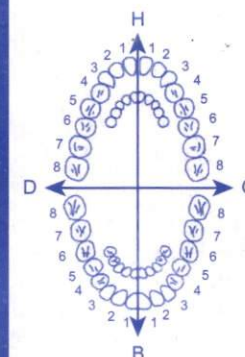
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 00000000 G
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)

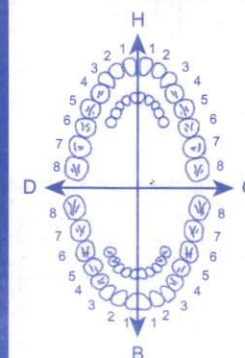
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.
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).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة و أماناتها بالوصفات المرسلة.
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.	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.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطاء الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطرة القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	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 التعاضدية
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع:	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض
Feuille de soins Maladie		Assurance Maladie Obligatoire
N°Bordereau : 0650528113	N°Dossier :	مرجع رقم
Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom : Yousfi Hanga N° Affiliation : 11318984 N° Immatriculation : 13114221376 N° CIN : F1619033 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint <input type="radio"/> زوج <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن Adresse : Montant des frais (Dhs) : 781,18 Nombre de pièces jointes :		الاسم العائلي والشخصي : رقم الإحباط : رقم التسجيل : رقم بطاقة التعريف الوطنية : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له : العنوان : مبلغ المصاريف (درهم) : عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins : Yousfi Hanga Nom et prénom : Date de naissance : 02/06/1981 N° CIN : Sexe : <input checked="" type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى		المستفيد من العلاجات : الاسم العائلي والشخصي : تاريخ الإيداع : رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس :
Identification du médecin traitant		تعريف الطبيب المعالج
N°INP : 11110A88201 Type de soins : Maladie : <input type="radio"/> مرض <input type="radio"/> Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Date de grossesse : Maternité : <input type="radio"/> أمومة <input type="radio"/> Date prévue d'accouchement : Hospitalisation : <input type="radio"/> استشفاء <input type="radio"/> Date d'hospitalisation : Accident : <input type="radio"/> حادث <input type="radio"/> Date d'accident : Causes :		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : نوع العلاجات : تم تقديم الطرف المعلق : تاريخ الحمل : التاريخ المرتقب للولادة : تاريخ الاستشفاء : تاريخ الحادث : أسباب الحادث :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : le : Signature de l'assuré(e) :		J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : le : Signature de l'assuré(e) :

FACTURE N° : 2306060303

FES : 06-06-2023

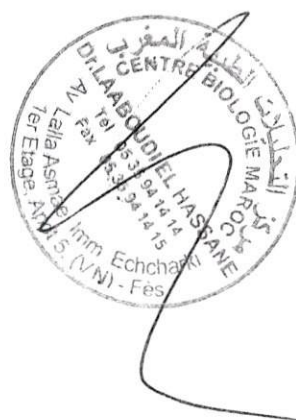
Enf. YOUSFI HAMZA

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
FRAIS	FRAIS	E0	E
	TRANSAMINASES	B100	B
	ASLO (Ac anti-streptolysine)	B80	B
	CRP	B100	B
	NFS	B80	B

Total des B : 360

Montant total: 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams



Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et Paris
Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'enfants de Rabat
Ex. Médecin Chef du Service de Pédiatrie
à l'Hôpital Ibn Khatib de Fès



الدكتور حجاجي الجيلالي

اختصاصي في طب الطفل والرضيع
خريج كليتي الطب بالرباط وباريس
طبيب مختص بمستشفى الأطفال بالرباط سابقا
رئيس مصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن الخطيب بفاس سابقا

Fès, Le 06/06/2003

INPEE : 141070920

youssif - Hany

- F
- CR
- ASW
- T (dynamisme) GPT
CWT



Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face
à l'Institut Français, 4^e étage - Fès
Tél: 05 35 65 08 08
Fax: 05 35 65 40 50

Dr. HAJJANI Jilali

Pédiatre

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et Paris

Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'enfants de Rabat

Ex. Médecin Chef du Service de Pédiatrie

à l'Hôpital Ibn Khatib de Fès



الدكتور هجاني الجيلالي

اختصاصي في طب الطفل والرضيع

خريج كليتي الطب بالرباط وباريس

طبيب مختص بمستشفى الأطفال بالرباط - سابقا

رئيس مصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن الخطيب بفاس - سابقا

Fès, Le... 26.06.2022

INPEE : 141070920

yousf Hajjani

No source

Mme Nohel / 15 rue

- Zaouar 19

Doliprane 500 mg
PARACÉTAMOL
16 comprimés effervescents



6 118000 040354

Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français - Fès
Tél : 05 35 65 08 08
Fax : 05 35 65 40 50



16.00



15.80

AMOX Adulta
AMOXICILINE-ACIDE CLAVULANIQUE
16 SACHETS



6 118000 04116

T: 131.80

38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français, 1^{er} étage

Fax: 05 35 65 40 50 Tél: 05 35 65 08 08

E-mail : hajjanijilali@hotmail.com

PHARMACIE ASSALAM AH
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français - Fès
Tél : 05 35 65 08 08
Fax : 05 35 65 40 50

Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français - Fès
Tél : 05 35 65 08 08
Fax : 05 35 65 40 50

38, شارع أحمد الوكيل, شقة 11, مقابل المعهد الفرنسي (المركز الثقافي الفرنسي سابقا) - فاس



(/portailapps/www/index.php/assures/auth/)

Ma 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	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE	ACCORDE 1
-------------	--------------------------	------	-----------

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	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
81467158	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	781,80	531,91	106,01	637,92
81467203	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	1 270,50	775,86	167,77	943,63
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

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

☆☆☆☆☆