

# 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'Hay  
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

M23-007604

175677

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : H. E. Boudi Fayal

Date de naissance : 11/11/1957

Adresse :

Tél. : 0644003935 Total des frais engagés : 506,1 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 : Fes Le : 7 / 09 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Mera

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

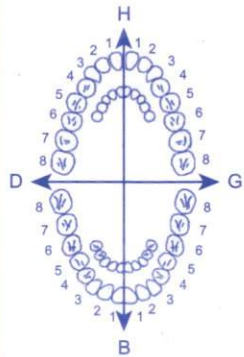
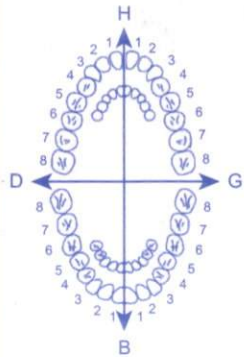
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				CCEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				<input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  <input type="text"/>  														

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 الإسم 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 أمانتها 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 و الوثائق 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.


توقيع و طابع المتاضدية

Cachet et signature de ma mutuelle

---

Identification de l'agent : .....

تاريخ الإيداع: .....  
Date de dépôt du dossier : .....

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض
Feuille de soins Maladie		Assurance Maladie Obligatoire
		مرجع رقم
N° Bordereau : 061052818		N° Dossier : .....
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
الإسم العائلي والشخصي : <b>Yousfi Mustapha</b> رقم الإختراط : ..... رقم التسجيل : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... N° CIN : ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : ..... Conjoint <input type="radio"/> زوج <input checked="" type="radio"/> Enfant <input checked="" type="radio"/> ابن Adresse : <b>13 Rue de la Liberté, Sousse 4000</b> العنوان : ..... Montant des frais (Dhs) : <b>806.17</b> مبلغ المصاريف (درهم) : ..... Nombre de pièces jointes : <b>806</b> عدد الوثائق المرفقة : .....		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins : <b>Yousfi Mustapha</b> Nom et prénom : ..... Date de naissance : ..... N° CIN : ..... Sexe : <input checked="" type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى		
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج		
N° INP : <b>46410108677</b> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : ..... Type de soins : ..... نوع العلاجات : .....		
تم تقديم الظرف المغلق : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تاريخ الحمل : ..... تاريخ المراقبة للولادة : ..... تاريخ الاستشفاء : ..... تاريخ الحادث : ..... أسباب الحادث : .....		
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <b>24/07/2023</b> في : ..... توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré(e) : .....		
أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <b>24/07/2023</b> في : ..... توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الممارس أو من عيّن من قبله Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : .....		







CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app





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>)

☆☆☆☆☆

**Cédol**

20 Comprimés



6 118000 180913



ستديك

AUGMENTIN 1 g/125 mg ○  
16 sachets



6 118000 160182

SPECTRUM 500 mg  
Gouttes auriculaires  
En Flacon de 5 ml



6 118001 101658  
Lire attentivement la notice avant  
utilisation de ce médicament

LABIXEN 20mg  
30 comprimés



6 118000 230656

LABIXEN 20mg  
10 comprimés



6 118000 230632

Dr. Mohamed Cherif Allali

« Médecine Générale »



د. علائي محمد الشريف

" الطب العام "

- Diplôme d'Echographie Générale C.H.U. Avicenne Rabat
- Certificat en Planification Familiale CHU Avicenne Rabat
- Suivi des Grossesses, Examen des Enfants et Nourrissons.
- ECG (pour les Cardiaques).
- Médecin Assermenté auprès des Tribunaux.
- Certificat de Conduite des Véhicules.
- Ex Médecin des Urgences HPM Abdellah-Salé
- Faculté de Médecine et de Pharmacie Rabat.

دبلوم في أشعة الصدر - م.ج. ابن سينا الرباط  
شهادة في التخطيط العائلي : تتبع الحمل - فحص الأطفال والرضع  
تخطيط القلب  
طبيب محلف لدى المحاكم  
تسليم الشهادة للحصول على رخصة السياقة  
طبيب سابق بقسم المستعجلات م.أ. م عبد الله - سلا  
خريج كلية الطب والصيدلة بالرباط

Tanger, le 15/7/23 طنجة، في

Youssef Abdelk.

168.20

(1) Augmentin 875/125

33.00

180 x 21 j

(2) Spectrum 1500/1500

180 x 31 j

22.00

(3) cefal 400

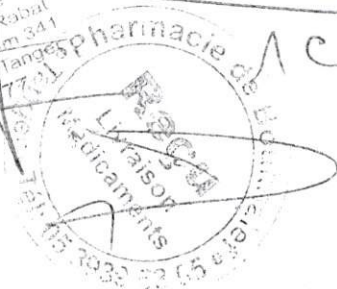
99.70

33.20

(4) Laboral 1500/1500

356.10

Dr. Mohamed Cherif Allali  
Diplôme d'Echographie Générale C.H.U. Avicenne Rabat  
Comp. IRFANE I GH 35B Imm 341 ETG I N° 10 Boukhalf Tanger  
N° 10 100267701





Royaume du Maroc



## Accusé de Réception



MR YOUSFI MUSTAPHA

NO 13 R EGYPT RES IDRIS

AZHAR

FES

FES PRINCIPAL

30000

N° de Dossier :

82139390

Date et heure : 24/07/2023 15:29

Nom et prénom Assuré :

YOUSFI MUSTAPHA

Immatriculation :

93422376 / 090085741

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

YOUSFI ABDELKARIM

/ 31

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

FES 91218

Valeur en Dirhams :

506,10

Nombre de pièces :

6

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE009

Nom Etablissement :