

# **MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## **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 une fois par an.

## **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



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

195222

**Déclaration de Maladie**

**M23- N° 0042534**

☐ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☒ **Optique**

☐ **Autres**

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 02658 Société : RAM

☐ **Actif**

☒ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIAR

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Casa 3 place

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 3736,00 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : complétez le faire

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD ALC Pathologie

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 : 09/02/2024 Le : 09/02/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023



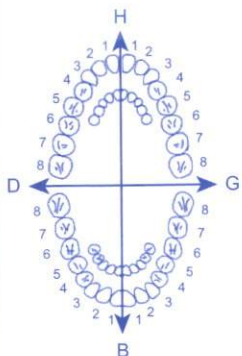
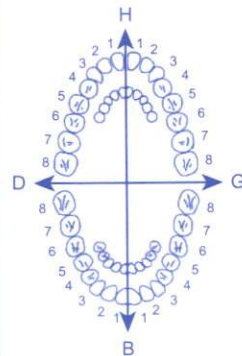
[illegible][illegible][illegible][illegible]

# 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'OD

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient des Travaux <input type="text"/>														
				Montants des Soins <input type="text"/>														
				Début d'exécution <input type="text"/>														
				Fin d'exécution <input type="text"/>														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient des Travaux <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODP.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient	
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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 التعاضدية

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  
مرجع رقم 1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : Touria ZINE الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 3163178 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 42181741741 رقم التسجيل :

N° CIN : 13377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : 173 lot Daudou Cadi Tiarouf العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 3736 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 3 pieces عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ZINE TOURIA الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 05/03/1958 تاريخ الازدياد :

N° CIN : 13377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : مذكر Féminin ☒ أنثى الجنس\* :

Identification du médecin

تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP : 13377280 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض \* : ☐ oui ☐ non

Maternité\* ☐ أمومة \* : تاريخ الحمل :

Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \* : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident\* ☐ حادث \* : تاريخ الإستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur : exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casa Blanca حرر بـ :

Le : 11/01/2023 في : / /

Signature de l'assuré(e) : [Signature] توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e) : [Signature] Cachet et Signature du Médic traitant ou de l'Etablissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

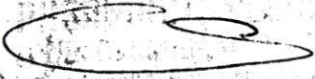


## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

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
11/11/2023	436,000	
	INP: 2023093816	
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

## عمليات الإحياى، الأشعة والمصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cache du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## خدمات 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 وصاحب المعاهد الطبي Signature et Cachet du praticien médical
01/11/23				3000,00 DH	<p><b>OPTIC SIDI MAHMOUD</b>  <b>AKRAMA Issam / GABRIEL</b>  <b>Opticien Optométriste</b>  <b>Hay Najan, Bloc 117 - Sidi Maïmoun</b>  <b>Casablanca - Tel.: 05 22 58 19 00</b></p>
INP: 095004552					
INP:					
INP:					

Date d'édition : 20/12/2023 13:03:00

Royaume du Maroc



Accusé de réception



Date et heure : 20/12/2023 13:03

101

Agent de réception : MAM1194  
Nombre de pièces : 3

CASA SIEGE 40113  
FEUILLE DE SOINS

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA

Immatri-culation : 43874741 / 500397258

Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA

N. de Dossier : 84882243

CASABLANCA PRINCIPAL

CASABLANCA

MAAROUF

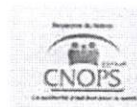
NR 179 LOT D'ANDOUNE SIDI

MME ZINE TOURIA

Ce plug-in n'est pas compatible.

Icône d'Application Assurance app

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu



En vertu de l'article 73 de la 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 3

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	-	06/02/2024	Virement	-	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
84882243	20/12/2023	Payé en : 48 jours		ZINETOURIA	3 736,00	1 320,00	30,00	1 350,00
2	-	05/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
3	-	03/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
1	-	01/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
1	-	06/10/2023	Virement	-	812,00	250,00	80,00	330,00
1	-	30/08/2023	Virement	-	843,40	441,10	161,90	603,00
3	-	28/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
1	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★



ZINE TOURIA

432.874741

A.N. 363178

C.N. 13377280



# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجاد سهام  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

01 novembre 2023

Mme ZINE Touria

## HYE collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 6 Mois

109,00 DHS x 4  
T: 436.00 DHS

**Dr Siham NAJID**  
Ophtalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés. Nade A 3ème Étq en Face  
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maarouf - Casablanca  
Tél: 05 22 78 78 07

LOT 0780723  
2025/07  
PPC DHS 109,00  
8 032668 870147

LOT 0670623  
2025/06  
PPC DHS 109,00  
8 032668 870147

LOT 0780723  
2025/07  
PPC DHS 109,00  
8 032668 870147

LOT 0780723  
2025/07  
PPC DHS 109,00  
8 032668 870147

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. Collaboration 'A' 3ème étq en face Rond point  
al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة تعاون "A" الطابق  
الثالث مقابل مدخل المستقبل، سيدة، معروف الدار البيضاء

## Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجاد سهام  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العصابات اللاصقة

01 novembre 2023

Mme ZINE Touria

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Amincis, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 3.00 (- 0.50 à 175°)

OG = + 3.25 (- 0.50 à 155°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

**Dr Siham NAJID**  
Ophtalmologue  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés. N° 4 3ème Étage en Face  
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maarouf - Casi  
Tél : 05 22 78 78 07

**OPTIC SIDI MAÂROUF**  
AKRAMA Issam / GAILA Sanaa  
Opticien Optométriste  
Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maarouf  
Casablanca - Tél. : 05 22 56 19 18

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. Collaboration 'A' 3ème étage en face Rond point  
al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادري، إقامة تعاون "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدي معروف الدار البيضاء





# نظارات سيدي معروف

## Optic Sidi Maârouf

**Facture** N° 002850

Date : 01/11/23.

Client : ZINE TOURIA

Mode de Règlement : espee

Quantité	Désignation	P.U.	P. TOTAL
01	monture	600,00	600,00
02	les verres progressifs organiques ANI-R3		
	OG 3 + 3,00 (-0,50 à 175°)	1200,00	1200,00
	OG 3 + 3,25 (-0,50 à 155°)	1200,00	1200,00
<p>Add 3 + 2,75</p> <p><b>OPTIC SIDI MAÂROUF</b></p> <p>AKRAMA Issam / GAILA Sanaa</p> <p>Opticien Optométriste</p> <p>Hay Najah, Bloc I N° 4 Sidi Maârouf</p> <p>Casablanca - Tél.: 05 22 58 19 18</p>			

Arrêtée la présente Facture à la somme de : trois - mille DR

TOTAL TTC	3000,00
Dont T.V.A. 20%	DM