

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'H
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

M23-010526

202213

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR ET MENIARI

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Casan

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 1588,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Complémentaire Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ALD ALC

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 : Casan Le : 16/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

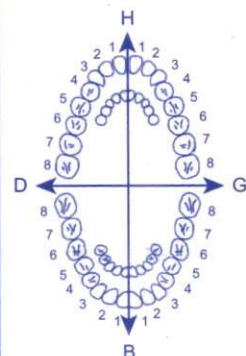
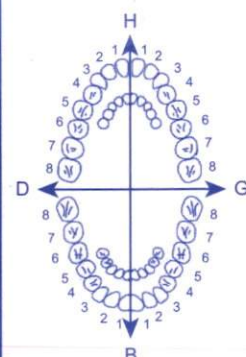
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> <div style="text-align: center;"> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession </div> </div>			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

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابتهم المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° du Tél (optionnel): 0672833391 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Taoua ZINE
رقم الانخراط: 363177
رقم التسجيل: 4312 614741
رقم بطاقة التعريف الوطنية: B3A210

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): *
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e): Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن

العنوان: 179 El Fendoum Sidi Taoua

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 1508.10
عدد الوثائق المرفقة: 3 pièces

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: ZINE TOUZA
تاريخ الزيداد: 05/02/1958
رقم بطاقة التعريف الوطنية: B3A210
الجنس: * Masculin ☒ ذكر Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): 09128912 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات: قبول المرض المزمن: ☐ رقم ملف المرض المزمن: ☐ رقم المرض المزمن: ☐ تم تقديم الظرف المغلق: ☐ تاريخ الاستشفاء: ☐

Fait à: Casa
Le: 21/01/2024
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.
Touche et signature de l'agent de l'établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

D 14 FEV. 2024 Z
Réception Tracabilité

Identification de l'agent: _____

Date de dépôt du dossier: _____ تاريخ الإيداع: _____

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | |

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

عمليات المساعدين الطبيين

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--	--

ORDONNANCE

PHARMACIE
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Madina N°9, Deroua
Tél: 0520 040 412

22/01/24

ZINE TOURIN

PHARMACIE
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Madina N°9, Deroua
Tél: 0520 040 412

1/ en l'absence de

Gramin

100.00×6
 $\underline{600.00}$

2/

Interax long

82.10×6
 $\underline{492.60}$

1-0-0

3/

ARGOSY

1-1-1

30.50×4
 $\underline{122.00}$

⇒

Marjari

Boulevard Akmia n°6
Quartier Industriel Sidi Baroud Casablanca - Maroc

FORLAX 10G SAC B20

P.P.V. : 73.50 DH



6118001181193

LOT : A62754
Exp : 04/2026



Suspension buvable 250ml
ARGO

0160-000811-9



Suspension buvable 250ml
ARGO

ARGO
Suspension buvable 250ml



6118000091059

ARGO
Suspension buvable 250ml



6118000091059

73,50 DH

PHARMACIE ELGODS

DR. HANMAN MENJAR

Lotissement Al Hamid 199 Doukkala

Tél : 88811014

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Enterogermina 4 milliards
susp b 10 fl 5 ml
P.P.V. 100,00 DH

Tahiri Joutei Hassani Mohammed
Professeur Agrégé en
gastro-entérologie
CHU Ibn Rochd - Casablanca

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir benou al aoum roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
640N5DMP/21NRQ P.P.V. : 82,10 DH
6118001 020591

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE



FACTURE

N° : 2574 / 2024 du 22/01/2024

Nom patient **ZINE TOURIA**
PAYANTEntrée 22/01/2024
Sortie 22/01/2024

CONSULTATION PR TAHI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1,00	50,00	50,00
			Sous-Total	50,00
Total Clinique				50,00

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog)	CONSULTA	1,00	250,00	250,00
			Sous-Total	250,00
Total Autres prestations				250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
TROIS CENTS DIRHAMS	Total 300,00

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
532, Bd Panoramique Casablanca
Tél. : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 75 00 01

Reçu de caisse

Médecin : PR. TAHIRI JOUTEI HASSANI MOHAMMED

N° : 2401221628180160 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
24A221627	ZINE TOURIA	22/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : HANANE

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE
632, Rd. Panoramique - Casablanca
Tél : 05 22 77 77 40 à 49 (L.G)
Fax : 05 22 25 00 01

Date d'édition : 14/02/2024 12:50:17

MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF

CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception



N° de Dossier :

85979580

Date et heure : 14/02/2024 12:49

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams :

1 588,10

Nombre de pièces : 8

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



2 rue TOURNA
CIN 3377280
AFFIL. 432824741



Ce plug-in n'est pas compatible

Appareil : Application : 10/10/2023



En vertu de l'article 73 de la Loi 65-90 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 87 de la Loi 65-90, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (des dossiers de maladie).

Uniquement les dossiers payés des derniers 3 mois sont affichés

Nb Dossier(s) Date de réception Date Paiement Mode Paiement Bénéficiaire Frais engagés AMO Mutuelle Total

2	-	27/03/2024	Virement	-	6 573,40	1 458,41	405,89	1 864,30	
85979580	14/02/2024	Payé en : 42 jours	ZINE TOURNA	1 588,10	60,00	15,00	75,00		
85979676	14/02/2024	Payé en : 42 jours	ZINE TOURNA	4 985,30	1 398,41	390,89	1 785,30		
3	-	20/02/2024	Virement	-	3 400,40	1 540,04	191,16	1 731,20	
1	-	06/02/2024	Virement	-	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	-	612,90	250,00	80,00	330,00	
1	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00	