

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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 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'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

Déclaration de Maladie

N° P19- 064203

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAANFA Abdelouahab

Date de naissance : 12 Jan 1962

Adresse : 23 rue Youssef Elmansour Kenchoua

Tél : 67087042 Total des frais engagés : 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 :

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 : 04/08/2011

Signature de l'adhérent(e) :


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assuré app

[/portailapps/www/index.php/assures/authentification](#)
[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

ENREGISTRE 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	-	29/12/2020	Virement	-	349,20	120,00	5,00	125,00
64880163	07/12/2020	Payé en : 22 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	349,20	120,00	5,00	125,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 250,00	600,00	75,00	675,00
64163793	22/10/2020	Payé en : 64 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	2 250,00	600,00	75,00	675,00
1	-	20/11/2020	Virement	-	425,90	120,00	5,00	125,00
64163753	22/10/2020	Payé en : 29 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	425,90	120,00	5,00	125,00
1	-	31/08/2020	Virement	-	530,30	120,00	5,00	125,00
62648742	21/07/2020	Payé en : 41 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	530,30	120,00	5,00	125,00

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

★★★★★

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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 للمساطر 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 وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les Affections de Longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
RÉFANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له (ها))

Nom et prénom : **BENJELLOUN Touni Lila**
N° Affiliation : **1246004**
N° Immatriculation : **93663172**
N° CIN : **13430221**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **ابن**
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☒ ابن
Adresse : **201 Bel Yacoub El Mahrouj, 20 rue Ahmed**
Montant des frais : **100 000 000** درهم
Nombre de pièces jointes : **4** عدد الوثائق المرفقة : **4**

Déclaration du médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)

Bénéficiaire de soins (المستفيد من العلاجات)
Nom et prénom : **BENJELLOUN Touni Lila**
Date de naissance : **14/09/1980**
N° CIN : **13430221**
Sexe* : **M** ذكر ☐ أنثى ☒ F
الإسم العائلي والشخصي : **BENJELLOUN Touni Lila**
تاريخ الإزدياد : **14/09/1980**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **13430221**
الجنس* : **M**

Identification du médecin traitant (تعريف الطبيب المعالج)

N° INP : **109130063** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : **kiné** نوع العلاجات :
Admission ALD* : **Non** قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : رمز المرض المزمن :
Soins* ☐ علاجات خارجية ☐ ambulatoires
Pli confidentiel remis* : **Non** تم تقديم الظرف المغلق :
Hospitalisation* ☐ استشفاء
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Beja** حرر بـ :
le : **24/07/2016** في :
Signature de l'assuré(e) :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CASA** حرر بـ :
le : **24/07/2016** في :
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins :
Généraliste ou Spécialiste : **Spécialiste**
Bouabou Nafiss Maâni
tel. 022.99.34 14 / 15 Casa

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

* أشطب الخانة

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale

et Rhumatisme Inflammatoires

diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم

العظام - المفاصل - العمود الفقري

خريج كلية الطب بمونبولي

التطبيب اليدوي

فحص المفاصل بالصدى

Prescription de kinésithérapie Casablanca, le

Casablanca le : 01/10/2020

Mme BENJELLOUN TOUIMI LEILA

15 séances de Kinésithérapie pour une lombarthrose :

- Renforcement des muscles abdominaux et spinaux
- Apprentissage du verrouillage lombaire
- Assouplissement lombaire par des mouvements de bascule du bassin
- Etirements des muscles ilio psoas, fessiers, quadriceps et ischio jambiers
- Apprentissage d'exercices d'auto rééducation (à faire quotidiennement à domicile)
- Proprioception

Fréquence = 3 X /Sem

Dr. Mekki SKIREDJ
RHUMATOLOGUE
Résidence Ben Omar Porte B 5
Rue Ibnou Nafiss Maârif
Tél. 022.99.34.14, 15 Casa

إقامة بن عمر - الباب B - 5 زنقة ابن النفيس - الطابق الثالث - المعاريف - البيضاء 05 22 99 34 14

05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maârif - Casa

SALOUA BERRADA

KINESITHERAPEUTE

Res. El baida Imm J N° 23

2ème étage rue Abou Hassan Essaghir

Bd Yacoub El mansour Casablanca

Tél : 05 22 99 60 21

Casablanca Le 20/10/2020.

FACTURE :

Je soussignée Mme Berrada Saloua, certifiée que M^{me} BENJELLOUNE Leila
a subi 15 séances de rééducation pour lombalgie.

Total : $15 \times 150 = 2250,00$ DH

Soit 15 x AMM9

Facture arrêté à la somme de deux mille deux cent cinquante dirhams.

Planning des séances

01/10/2020

02/10/2020

03/10/2020

05/10/2020

06/10/2020

08/10/2020

10/10/2020

12/10/2020

13/10/2020

14/10/2020

15/10/2020

Saloua Berrada
Kinesithérapeute
Res. El baida Imm J N° 23
Bd Yacoub El mansour
Casablanca
16/10/2020
17/10/2020
18/10/2020
20/10/2020

ICE : 001855590000055 PATENTE N° : 35806362

RIB : 190780212113169412001835 BP Agence TARIK AL JADIDA

Nb de séance	Jour	Date	Heure	Nb de séance	Jour	Date	Heure
	jeudi	21/10/2020	15 ^h 30		samedi	10/10/2020	15 ^h 30
	Vendredi	02/11/2020	15 ^h 30		Lundi	12/10/2020	15 ^h 00
	Samedi	03/10/2020	12 ^h 00		Mardi	13/10/2020	15 ^h 30
	Lundi	05/10/2020	12 ^h 30		Mercredi	14/10/2020	12 ^h 30
	Mardi	06/10/2020	15 ^h 00		jeudi	15/10/2020	15 ^h 30
	jeudi	08/10/2020	15 ^h 30		Vendredi	16/10/2020	12 ^h 30
Annulé	Vendredi	09/10/2020	14 ^h 00		Samedi	17/10/2020	10 ^h 00

En cas d'empêchement, veuillez prévenir . Merci

Royaume du Maroc



MME LEILA BENJELLOUN JOUTI

235 RES EL ANFAL IMM 12B

APPI V BD YABLOUB EL MANS

CASABLANCA

20000 CASABLANCA CENTRE DE TR

000064163793

Accusé de Réception

N° Reception

00163793

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prenom Assure : BENJELLOUN JOUTI LEILA
Immatriculation : 23663272 / 090181875
Nom et Prenom Bénéficiaire : BENJELLOUN JOUTI LEILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : DOSSIER SPONSORING
Date et heure : 22/10/2020 11:27
Lieu de réception : CASE 2015B
Valeur du dossier : 2250,00
Nombre de pièces :
Code Agent : 9MGE398

Code Etablissement
Etablissement