

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 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° W21-630972/6515

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6515

Société :

RAN

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BELLA AMANA née HAWIF

Date de naissance :

13.12.1967

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

1137,70 MAD

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BELLA CHAÏNAN

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie :

complément

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 :

CASABLANCA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 08/06/2021

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-630972

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

6515

Nom de l'adhérent(e) :

CHAÏNAN

Total des frais engagés :

complément

Date de dépôt :

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 praticiens 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.



Tel. 0670179008

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

BELLA ABDELKRIM

N° Affiliation :

1514310

N° Immatriculation :

931 247354

N° CIN :

B 183091

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Adresse :

79 Lot ATTADAMOUN, apt 5, Rue 2 CHAHIDIA EL OULFA Casablanca

Montant des frais (Dhs) :

1137,70

Nombre de pièces jointes :

04

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

BELLA ABDELKRIM

Date de naissance :

04/01/2004

N° CIN :

B 183091

Sexe* :

Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

رقم بطاقة التعريف الوطنية : الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

0212 49 884

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

Maladie*

☐ مرض

Maternité*

☐ أمومة

Hospitalisation*

☐ إستشفاء

Accident*

☐ حادث

Pli confidentiel remis* :

oui ☒ لا ☐

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

نوع العلاجات : تم تقديم الملف : تاريخ الحمل : التاريخ المرتقب الولادة : تاريخ الإستشفاء : تاريخ الحادث : أسباب الحادث :

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

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

Fait à : Casa

Le : 22/04/2021

توقيع المؤمن له (e)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa

Le : 22/04/2021

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
09/04/2021		C		1500M	
					0912149284
12/04/2021					091214978
14/04/2021					0912149784

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

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
09/04/2021	108 20	
		INP: 0912149284
12/04/2021	79,50	
		INP: 0912149284
		INP: 0912149284

INP: 0912149284

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 Cachet du Radiologue ou Biologiste
10-04-21	B30			800,00 dh	
					INP: 0912149284
					INP: 0912149284
					INP: 0912149284

INP: 0912149284

Actes Paramédicaux

عمليات 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: 0912149284

DOUJAB
Dr. DADO
Haj Fatch, Oud
Tel: 0522 900 300

STE PHARMACEUTICALS
ANCA
Lot 6 N° 3 Lot 64
Casablanca - Tél: 0522 93 10 28



MR ABDELKRIM BELLA
RES ATTADAMOUNE RUE C^{de} N
79 EL OULFA
CASABLANCA
20202 CASABLANCA HAY 1^{er}

000067454321

Accusé de Réception

N° Réception : 67454321
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELLA ABDELKRIM
Immatriculation : 93227354 / 090016242
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELLA CHAIMA
Rang Bénéficiaire : 33

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 27/04/2021 11:59
Lieu de réception : CASA SIEGE 90152
Valeur du dossier : 1137,70
Nombre de pièces : 4
Code Agent : 9MGE339

Code Etablissement :
Etablissement :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

Soum

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Accueil > Application > assure app

[Accueil](#) [Assurés](#) [Producteurs de soins](#) [Employeurs](#) [Assurance](#)

[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

ENREGISTRE 2

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	-	18/05/2021	Virement	-	1 137,70	719,54	166,55	886,09
67454321	27/04/2021	Payé en : 20 jours		BELLA CHAIMA	1 137,70	719,54	166,55	886,09
1	-	20/04/2021	Virement	-	1 100,00	379,20	56,09	435,29
1	-	09/04/2021	Virement	-	11 250,00	9 000,00	1 800,00	10 800,00
2	-	31/03/2021	Virement	-	792,20	523,40	32,50	555,90
1	-	01/02/2021	Virement	-	170,00	128,00	24,00	152,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 060,30	1 346,70	221,90	1 568,60
1	-	09/09/2020	Virement	-	659,80	493,10	8,50	501,60

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)

★★★★☆

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture

Dr Oumnia

الدكتورة أمينة أعرابي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Ordonnance

09/04/21

Bella Chaoua

1) Douvex sup
1 crase 21 j

2) Codalip
22/20 1 cp + 21 j

3) Fortmag
46/20 1 cp 6 rari
108/20

SV

SV

Codoliprane
Paracétamol 400 mg
Phosphate de codéine 20 mg
16 COMPRIMÉS SECABLES
6 118000 040217

Lotissement Haj Fatih N° 70 - 1er Etage
Casablanca - Tél: 0520 45 00 00 / 06 03 56 73 00
STE PHARMACIE HAMZA
AMCA
Lotissement Haj Fatih N° 70 - 1er Etage
Casablanca - Tél: 0520 45 00 00 / 06 03 56 73 00

FORTMAG
PPC : 86,00 DH
LOT : L0261/2
PER : 09/21/23

Lotissement Haj Fatih, N° 70, 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

✉ dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

☎ 05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعرابي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

ALAB

ement Haj Fatah Oulfa

nd point CHEHIDIA)

Casablanca

300 - Fax : 0522 900 700

Ordonnance

09/04/2024

Dr. Bella Chami

1) NFS-PP

2) Ferment

3) Vit-D

Lotissement Haj Fatih, N° 70, 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca
Dr. Oumnia Aaribi
Tél: 0522 900 700 - Fax: 0522 900 700

30

00 DH

Lotissement Haj Fatih, N° 70, 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجربة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألف الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعرابي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Ordonnance

Bella chaouia 19/04/2024

1/D3 Norm souts
705, 50 gouttes l, pH 8mmes

AS



STEPHANE ACIE HAMZA
CI. ANCA
Lotiss. Haj fatih Rue 6 N° 3 Lot 6A
Casablanca - Tel: 0522 93 10 29

[Signature]

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DOUALAB

Dr DADOUNE Loubna

Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Immunologie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa

(Près Rond point CHEHDIA)

Casablanca

Tél. : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

Casablanca le 10 avril 2021

Mademoiselle BELLA CHAIMAA

FACTURE N°	193964
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitamine D2D3 -----	B	420	
Ferritine -----	B	230	Total : B 730

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	800,00 DH
---------------	-----------

Arrétée la présente facture à la somme de :

Huit Cents Dirhams

ICE:000043830000002
IF: 404816710

DOUALAB
Dr. DADOUNE Loubna
301, Lotissement Haj Fatah Oulfa
(Près Rond point CHEHDIA)
Casablanca
Tél. : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700