

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

adie 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

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 069246

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 65 AY Société : RAM 83582

Actif Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : IFTANIF ASMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 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 :

Signature de l'adhérent(e) : Le : / /

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale courant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

SF	= Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI	= Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM	= Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI	= Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP	= Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY	= Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z	= Electro - Radiologie
B	= Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.

Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations.

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous li confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE

HOSPITALISATION EN HOPITAL

HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
REVENTORIUM

JOUR EN MAISON DE REPOS

LES ACTES EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelons
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES

- L'ORTHOPÉDIE

- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS

- LES CURES THERMALES

- LA CIRCONCISION

- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit évenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord.

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA

TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 2857 / 2883

FAX : 05 22 91 26 52

TELEX : 3998 MUT

E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1617449

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : HANIF ASNAN ROSTIE BELLA

Matricule : 6515 Fonction : LENDEUR C. CESIADISTE : 2231

Adresse :

Tél. : 0673164487

Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom
du patient :

Age

Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent

Conjoint

Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie :

S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances

A CAM le 10/09/2021 Signature et cachet du médecin

Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION

Matricule N° : 6515

Nom du patient : CHAÎN AN

Date de dépôt : 10/09/2021

Montant engagé

10482 RB 742,08

Nombre de pièces jointes :

1617449



RELEVE 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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement can ainsi que le bilan de l'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Instructions à suivre

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 prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التغطية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) 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 غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



TE. 0670179008
وزارة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BELLA ABDELLKARIM

151430

N° Affiliation :

931 227354

N° Immatriculation :

B 82091

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن

Adresse : 79 lot ATTADAMOUNE, Rue 2 apt 5 CHATHORIA EL OULFA Case

Montant des frais (Dhs) : 1048,00

Nombre de pièces jointes : 03

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

Bella Chahma

Date de naissance :

01/01/02

N° CIN :

BK647722

Sexe* :

M ○ ذكر F ○ أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

0516317506

Type de soins

ملاجنة

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Casablanca
le : 06/07/2021
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 : Casablanca
le : 06/07/2021
في: المغرب

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* أشطب الخانة

description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

رد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
02/04/24	578,00	PHARMACIE NAGUIB Dr Nadia b Nadia 334, Boulevard Daoura Oujda - Casablanca Tel : 05 20 00 25 95
	INP : 092044502	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					

Royaume du Maroc



MR ABDELKrim BELLA
RES ATTADAMOUINE RUE 0 N°
79 EL OULFA
CASABLANCA
20202 CASABLANCA HAY

000068628176

Accusé de Réception

N° Reception : 68628176
(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 : FENTILLE DE SOINS
Date et heure : 6/07/2021 11:57
Lieu de réception : CASA 90158
Valeur du dossier : 1048,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE398

Code Etablissement :
Etablissement :



C

Accueil > Application > assure app



[/portailapps/www/index.php/assures/auth/Medication](#) [Medication](#) [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](#) [EN COURS DE TRAITEMENT 1](#) [PAYE](#) [RETOUR POUR COMPLEMENT 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
- 2	-	24/08/2021	Virement	-	1 707,80	1 113,70	129,98	1 243,68
68628176	06/07/2021	Payé en : 49 jours		BELLA CHAIMA	1 048,00	620,60	121,48	742,08
68628114	06/07/2021	Payé en : 49 jours		BELLA ABDELKrim	659,80	493,10	8,50	501,60
1	-	18/05/2021	Virement	-	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

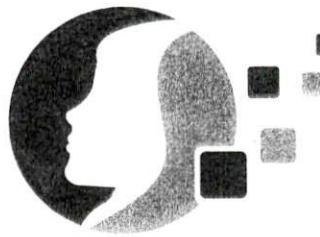
Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#) (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Ain Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Allergologie
- Chirurgie de la peau
- laser



إختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية
طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- أمراض الحساسية
- الأمراض التناسلية
- التجميل
- العلاج بالليزر
- جراحة الجلد والأظافر

Casablanca le :

6.02.07.2007

الدار البيضاء في

Belle cheema
578,00 (289,00x2)
- Ceracone gel a 20mg



Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V : 289,00 DH
6 118001 180721

- laeeshak colgn

1/14 2007

- fortejel gel

2 tubes 1/14

Dr. Amina LATIFI Ep. HALLI
Dermatologie - Vénérologie
102, Bd. Oum Rabii Hay Mazola
Résidence Selma 1er étage - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52

Maphar
Bd Alkimiia N° 6, Ql,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Curacne 20mg cap molle b30
P.P.V : 289,00 DH
6 118001 180721

PHARMACIE AGUIB
Dr Naguib Nafia
334, Bd. Oum Daoura
Oulfa - Casablanca
Tél : 05 29 00 26 96

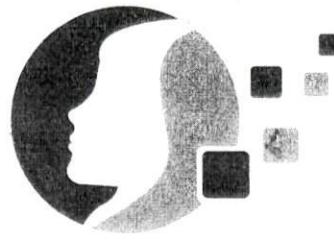
102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
شارع أم الريبيع حي ماروكا إقامة سلمى الطالب الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 06 60 74 36 36

Docteur Amina LATIFI EP HALLI

DERMATOLOGIE VENEROLOGIE

Ex. Médecin chef de l'hôpital Aïn Chock

- Maladies de la Peau, Cheveux, Ongles
- Maladies Sexuellement Transmissibles
- Cosmétologie
- Chirurgie de la peau
- Allergologie
- laser



الدكتورة أمينة لطيفي حرم هلي

اختصاصية في الأمراض الجلدية والتتناسلية

طبيبة رئيسية سابقاً بمستشفى عين الشق

- أمراض الجلد والشعر والأظافر
- الأمراض التتناسلية
- جراحة الجلد والأظافر
- أمراض الحساسية
- التجميل
- العلاج بالليزر

Casablanca le : 02-07-2024 الدار البيضاء في :

Belle chasse

transamere port sport

Dr. Amina LATIFI EP. HALLI
Dermatologue - Vénérologue
Bd Oum Rabii Hay Mazola - Casablanca
Résidence Selma 1er étage - Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
06 60 74 36 36 شارع أم الربع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول :

102, Bd Oum Rabii Hay Mazola. Résidence selma 1er étage - Oulfa - Casablanca - Tél : 05 22 89 76 52 - GSM : 06 60 74 36 36
06 60 74 36 36 شارع أم الربع حي مازولا إقامة سلمى الطابق الأول - الألفة - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 89 76 52 المحمول :



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES
Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca
Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 2 juillet 2021

Mademoiselle BELLA CHAIMAA

FACTURE N°	1908		
Analyses :			
Transaminases OT -----	B	50	
Transaminases PT -----	B	50	Total : B 100
Prélèvements :			
Sang -----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		120,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Dirhams

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MEDICALES
Dr J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA