

# 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.

## 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.

## Educations :

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.

## Maladie chronique :

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

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'Hotel  
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

Complémentaire  
**Déclaration de Maladie**

N° M21- 069620

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 748

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Chraïbi Latifa

Date de naissance : 20/10/1947

Adresse : Résidence 2 Hous No 102, Avenue 2 Hous,  
quartier de l'habitant CASA

Tél. : 0661806768

Total des frais engagés : 3000,00 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 : CASA

Le : 29/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## 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 le praticien 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 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.

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.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

### توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع:



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

أمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

Nom et prénom : IBN 21 DOUN A. L.

N° Affiliation : 207022

N° Immatriculation : 44 1384 8311

N° CIN : 3 1 1378249

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

Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : RD 2 Mars Residence 2 Mars n° 102

Montant des frais : 3.000,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 4

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins مستفيد من العلاجات

Nom et prénom : IBN 21 DOUN A. L.

Date de naissance : 01/11/1949

N° CIN : 3 1 1378249

Sexe\* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1091030481

Type de soins العلاجات

Maladie\* ☐ مرض\* Pli confidentiel remis\* Oui ☐ Non ☐

Maternité\* ☐ أمومة\* Date de grossesse : 11/11/11

Date prévue d'accouchement : 11/11/11

Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* Date d'hospitalisation : 11/11/11

Accident\* ☐ حادث\* Date d'accident : 11/11/11

Causes : 11/11/11

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

Fait à : 11/11/11

le 11/11/11

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أشهد بصداقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : 11/11/11

le 11/11/11

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de



## وصف العمليات المجرة

**CIM-10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية  
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs  
des dispositifs médicaux

INP: | | | | | | | | | |

والإحياء، الأشعة والصور

INP: 

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

بات المساعدين الطيبين

[illegible]





MR ALI IBN ZIDOUN  
NO 102 BD 2 MARS

CASABLANCA  
20100 CASABLANCA MAARIF

000070405389

Accusé de Réception

N° Réception : 70405389  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : IBN ZIDOUN ALI  
Immatriculation : 44384831 / 040142998  
Nom et Prénom Bénéficiaire : IBN ZIDOUN ALI  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 25/10/2021 11:44  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40134  
Valeur du dossier : 3000,00  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : M4M0525

Code Etablissement :  
Etablissement :

## Reçu de paiement Mandati Organisme إيصال أداء مانضتي

المستفيد / Bénéficiaire

الاسم العائلي و الشخصي / Nom et Prénom

العنوان / Adresse

Type pièce d'identité

N° pièce d'identité

N° Affiliation

Organisme

: IBN ZIDOUN ALI

:

: CIN

: B378249

: 441384831

: CNOP

ID Paiement

ID Mandat

تاريخ الأداء / Date de paiement

مبلغ التحويل / Montant du transfert

الوكالة / Agence

:

:

:

:

:

33

21-5-350708

17/12/2021 15:25:52

1842,30 MAD

24111-BC-CASABLANCA  
2 MARS

توقيع الزبون / Signature du client

توقيع العون / Signature de l'agent

(\*) Les conditions générales relatives aux services du transfert sont disponibles dans votre agence à la demande.

BARID CASH, SA. Au capital de 50 000 000 MAD, Siège social : Angle boulevard Hassan II et boulevard de Paris - Casablanca - Registre Commerce n° : 292237 Casablanca- Patente n° : 35  
591751 Identifiant Fiscal n° 14466363 - C.N.S.S n° : 980 2572



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)

معلومات	ENREGISTRE 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
---------	--------------	------	--------------------------

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

العدد	Date de réception	تاريخ التسليم	نوع الوثيقة	مستفيد	المستفيد	تأمين	التمويل	المجموع
1	-	07/12/2021	E-Mandat	-	3 000,00	1 600,00	250,00	1 850,00
70405389	25/10/2021	Payé en : 43 jours	IBN ZIDOUN ALI	3 000,00	1 600,00	250,00	1 850,00	
1	-	13/07/2021	E-Mandat	-	1 806,00	1 327,20	548,80	1 892,00
1	-	25/12/2020	E-Mandat	-	2 196,00	1 447,20	548,80	2 092,00
2	-	09/11/2020	E-Mandat	-	6 292,00	1 567,20	1 148,80	5 022,00
1	-	09/07/2020	E-Mandat	-	1 196,00	1 417,20	548,80	2 062,00

**Ryad  
Oncologia Clinic**



مصحة  
الرياض للأونكولوجيا

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

Don Zidou n

Ali

néo de la venistocité  
e 2018.

Tom

fluoraco -  
alhomino pek

06140121.

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologieriyad.com](http://www.oncologieriyad.com)  
GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26



# مصلحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

CASABLANCA LE 06/10/2021

NON ET PRENOM : MR IBEN ZIDOUN ALI

## SCANNER THORACO-ABDOMINO PELVIEN

### Technique :

Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de produit de contraste avec reconstruction multi planaire.

### Résultats :

#### A l'étage thoracique :

- Absence de foyer parenchymateux organisé ou de plages en verre dépoli décelables à droite.
- Absence de nodule pulmonaire suspect décelable à droite.
- Absence de syndrome bronchique ou interstitiel.
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique.
- Absence d'adénomégalie de taille significative.
- A noter un petit épanchement des récessus péricardiques.

#### A l'étage abdomino-pelvien :

- Foie de taille normale, de contours réguliers de densité homogène.
- La vésicule biliaire libre, de paroi fine.
- Absence de dilatation des VBH ou VBEH.
- Les deux reins sont de taille normale, de morphologie normale, sans dilatation pyélocalicielle décelable, siège d'un kyste rénal cortical bilatéral d'allure simple, mesurant à droite : 37 mm de grand axe, mesurant : 98 mm de grand axe à gauche.
- Uretères fins et libres.
- La rate est de taille normale, homogène.
- Le pancréas est d'aspect normal.
- Epaissement d'allure nodulaire de la surrénale gauche de 13 mm d'épaisseur maximal.
- Surrénale droite sans anomalie.
- Pas d'épanchement péritonéal.
- Vessie de bonne capacité, de paroi fine, de contenu liquidien homogène.
- Prostate parait d'aspect TDM normal siège de quelques calcifications.
- Absence d'adénomégalie intra ou rétro péritonéal.
- Absence d'épaississement pariétal digestif.
- Absence de lésion osseuse décelable d'allure suspecte à l'étage étudié.

#### Au total :

- Epaissement d'allure nodulaire de la surrénale gauche : secondaire ? A confronter aux restes des données du bilan.
- Absence d'autre anomalie notable d'allure secondaire à l'étage thoraco-abdomino-pelvien.
- A noter un kyste rénal bilatéral d'allure simple très marqué à gauche.

Cordialement

Dr. Amal ALLALI  
Médecin Radiologue

CLINIQUE des Spécialités Achifaa  
Soc. Radiologie  
Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Angle Rues Lahcen El Arjoun et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24  
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196



CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

## Reçu de caisse

Médecin : DR. TAYFOUR

SCANNER THORACO-ABDO

N° : 21100611145570600 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21A15138	IBN ZIDOUN ALI	06/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI 9131571 Lui-même	3 000.00
PAYANT	Total	3 000.00

TROIS MILLE DIRHAMS

Clinique Achifaa

# مصحة الاختصاصات الشفاء

## Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

### FACTURE

N°: 202106518 / 2021 du 06/10/2021

Nom patient **IBN ZIDOUN ALI**  
**PAYANTS**

Entrée 06/10/2021

Sortie 06/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SCANNER THORACO-ABDOMINAL	1.00		3 000.00	3 000.00
				3 000.00
Total Clinique				3 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

Total 3 000.00

*[Handwritten signature and stamp]*

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICF : 001743751000004



Le, 07/12/2021

IBN ZIDOUN ALI  
NO 102 BD 2 MARS  
CASABLANCA MAAR 20100



Objet: Avis de notification d'un mandat.

MR (MME),

Nous vous informons qu'un mandat au titre du remboursement des frais d'assurance maladie est à votre disposition pour le paiement dans l'agence Poste Maroc de votre choix.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

- N° d'émission du mandat : 00127248
- N° d'Affiliation : 441384831
- Date d'émission mandat : 07/12/2021
- Montant engagé : 3000,00
- Montant remboursé : 1842,30
- Expéditeur : OMFAM-CMB B.P 9010 CASA
- Date de fin de validité : 07/02/2022

Date et signature

Timbre de l'agence de paiement