

## 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.

#### Diétologie 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

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

110558

## Déclaration de Maladie : N° P19-0002014

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01762 retraite Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : CHAFIK Abdel arrou Date de naissance : 06/10/1954

Adresse : Villa P2 cité AL HANAN me DMS M'HADJ

Tél. : 0661170319 Total des frais engagés : 6895 DA Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pour Complément de  
Remboursement CNOPS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : CHERIF DOUEZZAN AMINA 65 ans

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 : 04/04/2022

Signature de l'adhérent(e) : /



tablir une feuille de soins par personne et par événement.

a 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 pondés 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 médecin dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale en référence.

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

Une personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions pénales 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 مريض 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 وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإضافية إلى التماسدية التي تختصم 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المسروقة 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 طبقا للمساخر القانونية.

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



ورقة العلاجات المرفقة بالأمرض المزمنة  
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

الإجباري عن المريض  
Assurance Maladie Obl  
Réf ANAM 1.1.02.01

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

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

Nom et prénom : **CHERIF D'OUZZAN AMINA** **الاسم والشخصي**

N° Affiliation : **369021** **نشاط**

N° Immatriculation : **932932877** **جيد**

N° CIN : **K 31012** **الترخيص الوطنية**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) **رابطة بين المستفيد والمؤمن له**

Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن **أب**

Adresse : **Villa Dg Cite' ALMANAR rue Driss Mohammadi**

Montant des frais (Dhs) : **6895** **ستة مئة وثمانين واربعة**

Nombre de pièces jointes : **15** **خمس**

Declaration du médecin traitant **إقرار الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins **من العلاجات**

Nom et prénom : **CHERIF D'OUZZAN AMINA** **الاسم والشخصي**

Date de naissance : **12 NOV 2021** **تاريخ الميلاد**

N° CIN : **K 31012** **الترخيص الوطنية**

Sexe : **M** **جنس**

Identification du médecin traitant **تعريف الطبيب المعالج**

N° INP : **091005086** **بطني الاستدلال للمعالجات**

Type de soins : **CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE** **عمليات الجراحات النسائية**

Admission ALD : **Non** **مرض المزمن**

N° dossier ALD : **Non** **المرض المزمن**

Code ALD : **Non** **مرض المزمن**

Soins ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية PH confidentiel remis\* : ☒ Oui ☐ Non **معلومات المريض**

Hospitalisation\* ☐ استشفاء Date d'hospitalisation : **12 NOV 2021** **تاريخ الاستشفاء**

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

Fait à : **Casa** **تاريخ الإيداع**

le : **12 NOV 2021** **تاريخ الإيداع**

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

ح بصحة واقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et  
Fait à : **Abou** **تاريخ الإيداع**

le : **12 NOV 2021** **تاريخ الإيداع**

Cachet et signature de la médecine **ختم وتوقيع التماسدية**

Identification de l'agent : **091005086**

Date de dépôt du dossier : **12 NOV 2021** **تاريخ الإيداع**





Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés
- 1	-	03/12/2021	Virement	-	6 895,00
70799190	12/11/2021	Payé en : 21 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	6 895,00
- 1	-	03/11/2021	Virement	-	3 330,00
69846852	24/09/2021	Payé en : 40 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	3 330,00
- 2	-	24/08/2021	Virement	-	2 458,90
68568632	02/07/2021	Payé en : 53 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	751,80
68568617	02/07/2021	Payé en : 53 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	1 707,10
- 1	-	31/03/2021	Virement	-	2 704,20
66534432	09/03/2021	Payé en : 22 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	2 704,20
- 2	-	17/02/2021	Virement	-	5 230,00
65520638	13/01/2021	Payé en : 35 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	1 900,00
65520653	13/01/2021	Payé en : 35 jours		CHERIF D'OUZZAN AMINA	3 330,00
- 1	-	16/12/2020	Virement	-	1 823,00
	01/06/2020	Payé en : 198 jours		CHERIF D'OUZZAN	1 823,00



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

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

NON PAYE 1

ACCORDE 1

❶ 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	-	03/12/2021	Virement	-	6 895,00	4 240,80	680,20	4 921,00
1	-	03/11/2021	Virement	-	3 330,00	2 331,00	532,80	2 863,80
2	-	24/08/2021	Virement	-	2 458,90	1 437,91	63,25	1 501,16
1	-	31/03/2021	Virement	-	2 704,20	1 269,94	212,47	1 482,41
2	-	17/02/2021	Virement	-	5 230,00	4 312,40	220,60	4 533,00
1	-	16/12/2020	Virement	-	1 823,00	1 276,10	291,68	1 567,78
1	-	20/11/2020	Virement	-	2 123,00	1 943,00	5,00	1 948,00
1	-	23/09/2020	Virement	-	4 800,00	1 036,00	148,00	1 184,00



Casablanca, le

**Docteur AFIFI Adnane**  
Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.  
Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.  
**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**  
**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**  
**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU**  
**SEIN**  
8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca  
Tél : 0522 364 354. Tél et Fax : 0522 364 355  
Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

**Mme CHERIF D'OUZZANE EP CHAFIK Amina**

FAIRE PRATIQUER AU CABINET DE RADIOLOGIE:

- UNE TOMMOSSYNTHESE SEIN GAUCHE
- UNE ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILLATERALE

DR A. AFIFI

Casablanca, le

**Docteur AFIFI Adnane**  
Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.  
Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.  
**CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE**  
**GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE**  
**CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU**  
**SEIN**  
8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca  
Tél : 0522 364 354. Tél et Fax : 0522 364 355  
Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

**Mme CHERIF D'OUZZANE EP CHAFIK Amina**

Faire pratiquer au cabinet de radiologie l'examen suivant :

- UN SCANNER THORACO ABDOMINO-PELVIER

DR A. AFIFI

Royaume du Maroc



UNITE MAROCAINE D'ACCUEIL  
VILLA DE CITE AL HANAN

CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

0000070799190

Accusé de Réception

N° Réception

070799190

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré

CHERIF D. OUEZZANI ABIMH

Matriculation

73732077 / 00000707

Nom et Prénom Bénéficiaire

CHERIF D. OUEZZANI ABIMH

Nom Bénéficiaire

01

Type dossier

RECEVUE DE SOUS

Date et heure

12/11/2021 08:41

Lieu de réception

CASABLANCA 70142

Valeur du dossier

6075,00

Nombre de pièces

0

Cole Agent

7106247

Code Etablissement

0

Etablissement

0