

## 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 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal 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° W21-712700

21516

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : Mohamed El Mehdi Briouche

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1100,00 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 :

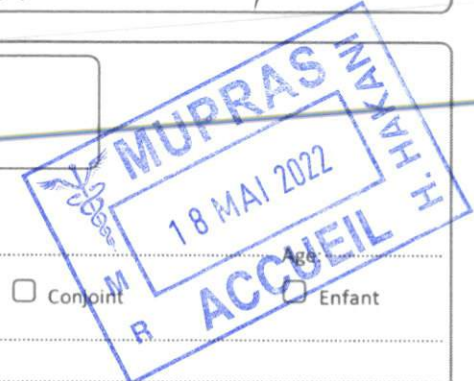
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

11:54



www.cnops.org.ma



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

Recherche



PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil - Application - Assuré app

Ma Situation Remboursement Prises en charge Manipulation 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 8.1 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (des dossiers de maladie).

Informations EN COURS DE TRAITEMENT 4 PAVE RETOUR POUR COMPLÉMENT 1 NON PAVE 1

Nb Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4			5 179,00	2 342,00	406,00	2 748,00
73588906	06/04/2022	EL BOUHI RAJAA	600,00	270,00	18,00	288,00
74023489	29/04/2022	EL BOUHI RAJAA	2 918,00	600,00	300,00	1 900,00
74095626	06/05/2022	EL BOUHI RAJAA	561,00	152,00	88,00	440,00
73719028	13/04/2022	EL BOUHI RAJAA	1 100,00	120,00	0,00	120,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré - Télécharger

★★★★★

Accueil - Producteurs de soins - Employeurs - Plus de sites

CNOPS 2024 Tous droits réservés  
Version 5.0.1



Établir une feuille de soins par personne ou 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).

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 activités de travail et activités 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 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون 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 عرض الديون المستحقة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وحين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

للأمين الاجتماعي في المغرب  
Assurance Maladie Obligatoire  
الطبعة رقم: 11/07/01

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

Partie réservée à l'assuré(e)

الجزء المحفوظ لدى المؤمن له

Nom et prénom : **El Boukhalil Nayas** الاسم العائلي والخاص

N° Affiliation : **353484** رقم الاشتراك

N° Immatriculation : **432 84 42 13** رقم التسجيل

N° CIN : **863006** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : ..... علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ من

Adresse : **Résidence Ambassadeur, Bd du 2888e** العنوان

App 3211 - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : **1100 DHS** مبلغ المصاريف المبررة

Nombre de pièces jointes : **06** عدد الوثائق المرفقة

Partie réservée à l'assuré(e)

الجزء المحفوظ لدى المؤمن له

Benéficiaire de soins : ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... الاسم العائلي والخاص

Date de naissance : ..... تاريخ الميلاد

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : ☐ M ذكر ☐ F أنثى

Identification de la maladie traitée

N° INP : ..... الرقم الوطني الاستدلالي للأمراض

Type de soins : ..... نوع العلاجات

Maladie : ☐ مرض ☐ Pli confidentiel remis : ☒ Oui ☐ Non

Maternité : ☐ أمومة ☐ تاريخ الحمل

Hospitalisation : ☐ استشفاء ☐ تاريخ التوقي لتوليد

Accident : ☐ حوادث ☐ تاريخ الاستشفاء

Causes : ..... تاريخ الحادث

أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Faites sur l'honneur l'assurance de l'exactitude des données déclarées

Fait à : **Casablanca** في

le : **29.03.2022** في

Signature de l'assuré(e) : **El Boukhalil Nayas** توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e) : **El Boukhalil Nayas** توقيع المؤمن له

Identification de l'agent : ..... تاريخ الاستدعاء

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الاستدعاء





EL BOUIHI RAJAA

Femme

Âge: 43

Date de Naissance: 05/12/1978

Date du Rapport: 24/03/2022

Testeur:

Commentaires du rapport:

Docteur Mostapha DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

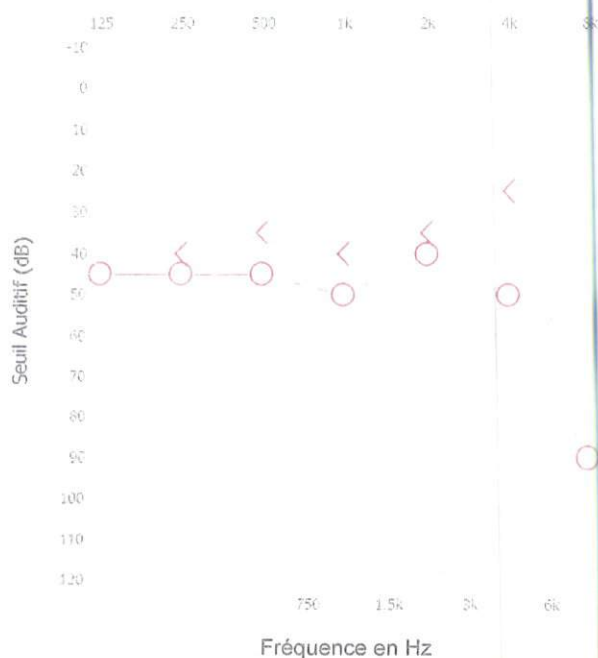
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.

Diplôme de Spécialité O.R.L.



CA: Supra-Aural, CO: B71

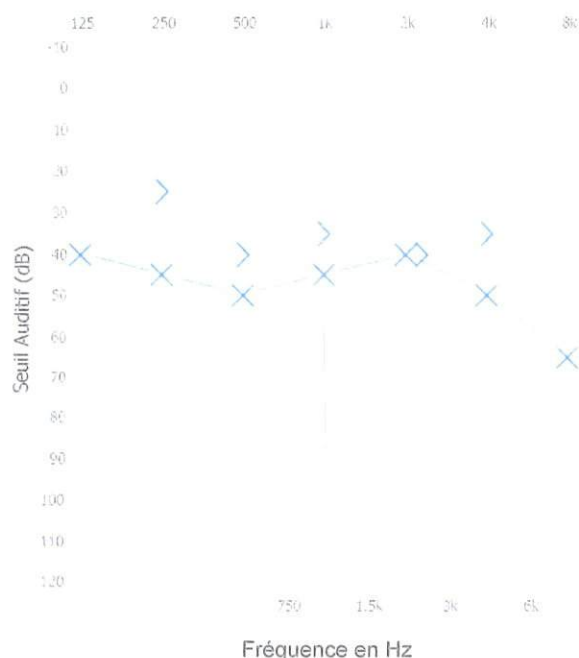
DROITE (24/03/2022)



CA:   
 CO:

CA: Supra-Aural, CO: B71

GAUCHE (24/03/2022)



CA:   
 CO:

Multi Weber

250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k

PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	45	36	
G	45	38	

Signé par:

Légende

G	D	Masqué
		CA
		CO
		CL
		MCL
		UCL
		NR
PTA		
CA: 500, 1k, 2k		
CO: 500, 1k, 2k		
Méthode		
Aud:		



RECEVUE DES PRESCRIPTIONS ET DES ORDONNANCES

IDENTIFICATION DU MEDecin IDENTIFICATION DE L'ESTABLISSEMENT

DOCTEUR DINH QUI NGUYEN

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

27 RUE DE TURIN

CONV. HONORAIRES

75008 PARIS

=> 75 1 93217 9 00 3 31 0 11 n°AM

RECEVUE DES PRESCRIPTIONS ET DES ORDONNANCES

RECEVUE DES PRESCRIPTIONS ET DES ORDONNANCES

Signature du patient  
Signature du médecin  
Signature de l'établissement



# Docteur Nguyen Dinh-Qui

ORL

Ancien Chef de Clinique des Universités  
Ancien Assistant des Hôpitaux

Membre de la Société Française d'ORL  
Membre du Collège Français des ORL

751932179

Chirurgie de la Surdité, Otoneurologie

Membre de l'Association Française d'Otologie et d'Oto-Neurologie AFON

Chirurgie Nez et Sinus  
Chirurgie du Ronflement

D.E.S.C Chirurgie Tête et Cou  
Diplômé de Chirurgie Oncologique de la Face  
Université Paris V

M.S.B.M de Sciences Biologique et Médicale  
Université Bordeaux II

ELBOUIHI Rajaa  
Paris, le 29 mars 2022

Certificat d'appareillage auditif externe

de preference bilateral

pour :

SNS probablement post-varicelle (03/2019)  
avec part transmissionnelle bilat  
(PDR controlable)

Docteur DINH-QUI NGUYEN  
11 - OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
27 rue de Turin "Conv. Hono. Libres"  
75008 PARIS Tel. 01 42 93 01 53  
75 1 93 21 7 9  
10 001 630 333  
CAB COM. DISO ZIK

Madame / Monsieur

► Souhaiterait être conseillé(e) sur le choix :

- ☒ Aides Auditives
- ☒ Lunettes Auditives
- ☐ Protections (eau / bruit / chasse / musique / avion)
- ☐ Accessoires d'écoute (tv / téléphone)
- ☐ Solutions de confort pour acouphéniques
- ☐ Réglages, réparation de ses aides auditives
- ☐ Thérapies Acouphènes et Hyperacousie (GrandAudition Champs-Élysées)
- ☐ Pôle pédiatrie (GrandAudition Rue de Sèvres et GrandAudition Place de la République)



Observations

Docteur DINH-QUI NGUYEN  
 11. OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE  
 27 rue de Turin, Courv. Hôp. L. N. 53  
 75008 PARIS Tél. 01 42 93 01 53  
 75 1 93 217 9  
 10 001 630 333

cachet du medecin