



# MUPRAS

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

## Déclaration de Maladie

M22- 0005586

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : R A M

Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

TAZI, Nadia  
476/55

Date de naissance :

Adresse :

Sl. 066/155558

Total des frais engagés : 4250M,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Nom et du médecin :



Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade :

Age :

Degré de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Durée de la maladie :

Maladie longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

En 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

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

Le :

22 / 12 / 22

### RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Prendre une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats d'examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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 un traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتعاضدية 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

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

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions prévues par la loi et les règlements.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des obligations réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (الها)

Nom et prénom : BENBOUBKEA AMAL

الاسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation :

163860

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

1431253389

رقم التسجيل :

N° CIN :

824232

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له\*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : RESIDENCE COGNACHE N° 10

العنوان :

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) :

435,00

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes :

02

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

BEN BOUBKEA AMAL

الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance :

1982/08/06

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

824232

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

M ☒ ذكر ☐ أنثى

الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

00124352A

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie \*

☐ مرض \*

Pli confidentiel remis\* :

Oui ☐ Non ☒

تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité \*

☐ أمومة \*

Date de grossesse :

1982/08/06

تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement :

1982/08/06

التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation \*

☐ استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

1982/08/06

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

1982/08/06

تاريخ الحادث :

Accident \*

☐ حادث \*

Causes :

أسباب الحادث :

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

Fait à : CASABLANCA

le : 1982/08/06

أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

le : 1982/08/06







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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

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	-	31/10/2022	Virement	-	963,00	616,00	154,00	770,00
1	-	30/10/2022	Virement	-	435,20	404,40	0,00	404,40
1	-	13/09/2022	Virement	-	652,80	606,60	0,00	606,60
1	-	29/07/2022	Virement	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
1	-	12/05/2022	Virement	-	1 030,00	660,00	165,00	825,00
1	-	13/04/2022	Virement	-	709,40	495,58	143,82	639,40
2	-	05/04/2022	Virement	-	1 484,20	1 188,81	74,89	1 263,70
1	-	03/02/2022	Virement	-	128,40	37,80	16,20	54,00

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

★★★★★



ORDONNANCE

Casablanca le .....

Le : 21/07/2022

Benboukr Amal

① EYESTIL Plus

1 gtte x4/j pdt 3 mois

A renouveler

② Cosopt  
126.10 X 2 gtt 2x1 a 3x1

③ A Plagios  
9.50 X 2 1x1 2x1 a 3x1