

## 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 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.

### 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 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

## Déclaration de Maladie

M22- 0036232

149364

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID  
Date de naissance : 26-06-49  
Adresse : cte ATTADAMOUNE Rue 2 NEBOULAA  
CASABLANCA  
Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 1563,30 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
CNOPS

Date de consultation : ...../...../.....  
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Amina Age: 65  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : .....  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie : .....  
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 : CASABLANCA Le : 14 / 02 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) : .....

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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 : .....

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BENTJALLOUN Amina الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 153844 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 9320 230532 رقم التسجيل :  
N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : Cité Tadamec, rue n° 6 العنوان :  
Azhar - Eloulfa CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1563,30 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 10 عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : Bentjalloun Amina الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 01/13/56 تاريخ الازدياد :  
N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس\* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP INPE001106421 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات  
Admissio ALD\* : ☐ oui ☐ non قبول المرض المزمن :  
N° dossier ALD\* : ..... رقم ملف المرض المزمن :  
Code ALD : ..... رقم المرض المزمن :  
Soin ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية \* Plu confidentiel remis\* : ☐ oui ☐ non تم تقديم الظرف المغلق :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : ..... حرر بـ : .....

Le : 24/11/2022 في : .....

توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر بـ : .....

Le : 24/11/2022 في : .....

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المندوب الصحي  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins


- INP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع مئعا كليا بيع هذا المطبوع

## Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
21 NOV 2022	Examen radiographique			300100	
	TST 2			100100	
				400100	

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/11/22	1163,30	<b>Pharmacie IAM</b> <b>Dr. BENANI Jaafar</b> 02, Bd Oued Sabou, Oujda - CASABLANCA - T. 05 22 90 10 00
		INP: 092055433 INP: <input type="text"/> INP: <input type="text"/>

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californie*

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**

*(القدس كاليفورنيا)*

**الدكتورة حنان مزوز**

*(استشارية في أمراض وجراحة العيون)*

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة واللينة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le lundi 21 novembre 2022

**Madame BENJALLOUN Amiria**

Pharmacie TAM  
Dr. BENANI Taafar  
102, Bd Oued Sebou, Oudj  
CASABLANCA -  
Tél: 05 22 90 10 99

dans les 2 yeux

178,9096

- Monoprost, latanoprost 0.005 :

6 flacons

1 goutte le soir 21h

A la meme heure

84,90

CARTEOL LP :

1 goutte le matin 8h

A renouveler

A la meme heure

1168,30



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours

Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides

Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
(القدس كالفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

(اختصاصية في أمراض وجرّاحه العيون)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

**RETINOGRAPHIE RETINIENNE**

**COMPTE RENDU**

Patient (e) : *Ben jaffan amina*

Date de l'examen : *31 - 11 - 2022*

Appareil de mesure : EIDON

**Oeil droit :**

Absence d'anomalie visible

**Oeil gauche :**

Absence d'anomalie visible

**Dr MAZZOUZ Hanane**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
**511 Bd Al Qods - Casablanca**  
**Tél : 05 22 52 25 26**

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كالفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**

(القدس كالفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

(مستعانة في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو

العدسات الصلبة واللينة

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

2011 - 11 - 21

**Note d'honoraires**

Patient(e) : *Ben jaffa amina*

Examen réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique	:	300,00 Dh	( Trois cents dirhams )
Rétinographie	:	100,00 Dh	( Cents dirhams )
Total réglé	:	400,00 Dh	( Quatre cents dirhams )



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كالفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

26106501

Lot / Fab / EXP :

7P33

05 2021

05 2023

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106501

Lot / Fab / EXP :

7P33

05 2021

05 2023

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

6118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP

6118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

26106501

Lot / Fab / EXP :

6P00

03 2021

03 2023

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

6118001072583  
Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

CARTEOL L.P. 2%

Collyre 3ml

ZENITH PHARMA

AMM N° 47/19/DMP/21/NRQDNM

6118001270040

PPV : 84,90 DHS

LOT/عيار  
FAB/ تاريخ الانتاج  
EXP/ تاريخ الانتهاء

H7824

10-2021

09-2023

**CNOPS****MME BENJALLOUN AMINA****CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ****OULFA****CASABLANCA****CASABLANCA CENTRE DE TRI****20000****Accusé de Réception****N° de Dossier :****78063134****Date et heure : 19/12/2022 09:39****Nom et prénom Assuré :****BENJALLOUN AMINA****Immatriculation :****93230532 / 090018027****Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:****BENJALLOUN AMINA****/ 01****Type de dossier :****FEUILLE DE SOINS****Lieu de réception :****CASA SIEGE 90146****Valeur en Dirhams :****1 563 30****Nombre de pièces :****12****Code Etablissement :****Agent de réception :****9MGE303****Nom Etablissement :**



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 4

PAYE

NON PAYE 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
- 1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
78063134	19/12/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
≡ 1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00
≡ 2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
≡ 1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60
≡ 1	-	30/07/2022	Virement	-	2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
≡ 1	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
≡ 2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30