

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 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

COMPLEMENT Déclaration de Maladie

M22- 0005211 152620

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2478 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed
Date de naissance : 14-6-1955
Adresse : Résidence wabil 7, rue de me
SAIA.
Tél. 0621999896 Total des frais engagés : 1160,00 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 :
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 : 06/03/2023
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/authentification)

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



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 3

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
3	-	02/03/2023	Virement	-	2 325,80	683,88	99,02	782,90
78653800	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
78653816	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	455,40	64,00	3,00	67,00
78653841	18/01/2023	Payé en : 43 jours		BASSIR JAMILA	1 160,40	390,88	71,42	462,30
2	-	28/02/2023	Virement	-	1 409,60	381,42	31,70	413,12
1	-	05/01/2023	Virement	-	938,20	283,66	42,41	326,07
1	-	29/12/2022	Virement	-	600,00	120,00	5,00	125,00
1	-	29/10/2022	Virement	-	647,90	203,23	24,02	227,25
1	-	16/09/2022	Virement	-	2 367,30	802,29	160,95	963,24
1	-	13/09/2022	Virement	-	1 080,00	520,00	5,00	525,00
2	-	03/06/2022	Virement	-	9 012,30	1 547,74	29,31	1 577,05
1	-	01/06/2022	Virement	-	1 493,90	392,93	64,32	457,25
2	-	14/04/2022	Virement	-	1 381,30	374,41	35,41	409,82
1	-	16/03/2022	Virement	-	995,30	519,46	91,05	610,51
1	-	03/02/2022	Virement	-	829,90	395,70	88,00	483,70

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

★★★★★

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

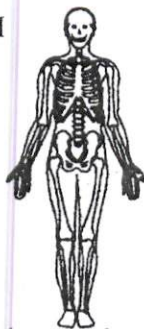
Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa I

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



كتور عبد الرفيح بن عبد النبي
يب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء

عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء

ت : 05 22 44 93 39

Casablanca, le

28/11/22

الدار البيضاء في

BASSIR JAMILA

NFS

Cr. Comis. A Jour

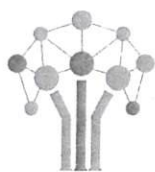
Charles TOUL +

Talouy Caran

Amor Wripise

Laboratoire TOUZANI
Analyses Médicales
Secrétariat
18, rue de la Voisier - Casablanca
Tél : 0522 44 93 39 Fax : 0522 44 93 42

Docteur Abderrafi BENABDENNBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa I
2ème Etage N° 204 - CASABLANCA
Tél.: 0522 44 93 39 - Fax : 0522 44 93 42
PE : 09 1020255



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

FACTURE N° : 221129036

Casablanca le 29-11-2022

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 29-11-2022

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0100	Acide urique	B30
0106	Cholestérol total	B30
0118	Glycémie	B30
0216	Numération formule	B80
0134	Triglycérides	B60

Total des B : 230

TOTAL DOSSIER : 330 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent trente dirhams

Laboratoire TOUZANI
d'Analyses Médicales
Secrétariat
18 Rue Le Voisier - Casablanca
Tél: 0522 86 50 00 / Fax: 0522 86 50 01

La Qualité est notre souci permanent

Docteur Abderrafi BENABDENBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa 1

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرزاق بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام والمفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء

عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1

الطابق الثاني. رقم 204 - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le 19/12/22 في الدار البيضاء

Bassie Jamila

ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DM/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022275

43.25 86.40
2 XYLORIC 300
1 cp / 6 x 60.



PHARMACIE LM V
28 Bis Rue de Salonique
Angle Rue de Rome - Casa
Tél : 05 22 85 43 95
Fax : 05 22 81 53 37
E-mail : lmer5@hotmail

ZYLORIC 300 mg
Boîte de 28 comprimés
A.M.M. N° 61 DM/21/INTT
SOTHEMA BOUSKOURA



6 118000 022275

Colchicine 1mg
OPICALCUM
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Colchicine 1mg
OPICALCUM
20 comprimés sécables



6 118000 082156

Docteur Abderrafi BENABDENBI
CHIRURGIEN
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Bd. de la Résistance - Résidence Casa 1
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tél : 05 22 44 93 39 - Fax : 05 22 44 93 39
IPE : 091020255

Docteur Abderrafi BENABDENNBI

CHIRURGIEN

TRAUMATO - ORTHOPEDISTE

Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine

Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse

Assermenté Auprès des Tribunaux

membre de S.I.C.O.T

Bd. de la résistance - Résidence Casa I

2ème Etage N° 204 - Casablanca

Tél. : 05 22 44 93 39



الدكتور عبد الرزاق بن عبد النبي
طبيب جراح في العظام و المفاصل

محلف لدى المحاكم بالدار البيضاء
عضو في المنظمة العالمية للجراحة

شارع المقاومة إقامة البيضاء 1
الطابق الثاني رقم 204 - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 44 93 39

Casablanca, le

28/11/22

الدار البيضاء في

BASSIA JAMILA



6 118001 182213



6 118001 182213

1 ARXIB 6

2 CP 1 x 14/ AM ROHA
222.522
STRUCTURE 500
1 gel 2 x 1/ a 60



3 NEURENTIN 300

1 CP 1/ x 30

4 ILL 20

1 gel 15 500 x 14/

PHARMACIE
28, Bis Rue de la Résistance - Casablanca
Tél : 05 22 44 93 39
Fax : 05 22 44 93 39
Email : info@pharmaciebenabdenbi.com
Docteur Abderrafi BENABDENNBI
TRAUMATO - ORTHOPEDISTE
Ancien Enseignant à la Faculté de Médecine
Ancien Assistant des Hôpitaux de Toulouse
Assermenté Auprès des Tribunaux
membre de S.I.C.O.T
Bd. de la résistance - Résidence Casa I
2ème Etage N° 204 - Casablanca
Tél. : 05 22 44 93 39
Fax : 05 22 44 93 39
IPE : 09 10 20 24 5

**Accusé de Réception**

MME BASSIR JAMILA
ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

78653841

Date et heure : 18/01/2023 11:30

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

1 160,00

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE072

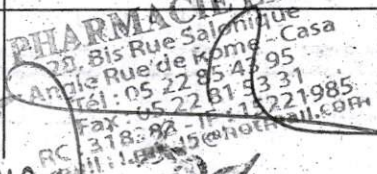

Nom Etablissement :

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
28/11/2012	C			300,000	<p> DOCTEUR ABDERRAHMAN BENABDENNEBI TRAUMATO - CHIRURGIEN B.d. de la Résistance - Résidence Casa 1 2^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA Tél : 0522 44.93.39 - Fax : 0522 44.93.42 IPF : 091020255 </p>
15/12/2012	C				<p> DOCTEUR ABDERRAHMAN BENABDENNEBI TRAUMATO - CHIRURGIEN B.d. de la Résistance - Résidence Casa 1 2^{ème} Etage N° 204 - CASABLANCA Tél : 0522 44.93.39 - Fax : 0522 44.93.42 IPF : 091020255 </p>

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مأمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/12/22	8643	
28/11/22	444,00	

[illegible]

Laboratoire TOU
d'Analyses Médicales
Secrétariat
18 Rue La Voisier - Casablanca
Tel. 0522 86 50 00 / Fax : 052

Actes Paramédicaux

عملیات المساعدين الطيبين

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"/>					

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلائي للمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0664 99 1000 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Basson Jamila Nom et prénom:

رقم الانخراط: 182166 N° Affiliation:

رقم التسجيل: 93216012196 N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B15814734 N° CIN:

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

العنوان: Amelie Rue de Rome, Rue Adresse: Abdessalam EL KHATTABI, Rés. Wajid Muls

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 160,00 Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: 5 Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: Basson Jamila Nom et prénom:

تاريخ الازدياد: 10/10/1963 Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B15814734 N° CIN:

الجنس*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى Sexe*:

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

0911424515

الرقم الوطني الاستدلائي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse: <input type="text"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*	Date prévue d'accouchement: <input type="text"/>
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation: <input type="text"/>
	Date d'accident: <input type="text"/>
	Causes: <input type="text"/>

Fait à: Cammouet حرر بـ

Le: 29/12/2022 في:

توقيع المؤمن له (ة) أشهد بصحة

Signature de l'assuré(e) كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

Fait à: Cammouet حرر بـ

Le: 28/11/2022 في:

أصرح بمصادقة صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Dr. Abderrahmane BENDALI

TRAUMATO CHIRURGE

Bd. de la Résistance 208

2ème Etage 0522 44 99 26

Tél.: 0522 44 99 26

IPE: 0522 44 99 26

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع: