

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

Déclaration de Maladie

M23-001466

113073

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04827 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :


Nom & Prénom : KARIMALLAH MOSTAFA

Date de naissance : 02/02/1985 + a carablanca

Adresse : LOT EL WAF EN ROMA BERRERHID

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : 10/03/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية 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 الاستدلالي لمهنيي 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 التعاضدية 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 للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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

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

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : EL HOBBI Amina

رقم الانخراط : 101608

رقم التسجيل : 9313316768

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B 513259

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 1508,80

عدد الوثائق المرفقة : 12 pieces

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : EL HOBBI Amina

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : * Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD* :

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* ☐ تم تقديم اللطراف المغلقة

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

Fait à : Casablanca

Fait à : 6/11/23

Le : 24/02/2023

Le : 24/02/2023

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

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 أمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
6-7-23	20 8.60	<p>PHARMACIE EL JOUNOUMA 244 lotissement el wafaa Dercus Fix : 05.22.53.20.54</p>
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

INP:

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
02/02/23	Reéducation		10	P.U = 100 dh	
au 22/02/23		ATJ19	séances	P.T = 1000 dh	
INP: 065040719					
INP:					
INP:					

INP:

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA

Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA

Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06

RDV : 0522-50-45-13

INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP :	940661	N° SEJOUR :	230000852	FACTURE N° 2302000288		DATE D'ENTREE : 06/01/2023		DATE DE SORTIE : 06/01/2023		
ASSURE :				DESTINATAIRE : EL HOBBI, Amina						
MALADE : EL HOBBI, Amina										
NOM JEUNE FILLE :										
TIERS PAYANT 1 :										
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S. :						
REF. PC 1 :				N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :						
REF. PC 2 :				N° SE. SOC. ETRANG. :						
NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00
Intervenant : 04112021 DR FILALI REDOUANE ORTHOPEDISTE				TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS				PLAFOND PC :					ACOMPTE :	
				REMISE :	0.00	REGLE :	150.00		AVOIR :	
				RESTE DU :	0.00					
DATE FACTURE : 06/01/2023				EDITEE LE : 06/01/2023		PAR: SARA		ACCIDENT DE TRAVAIL :		
VISA						N° DE POLICE :		DATE AT :		
						Règlement à effectuer à l'ordre de :		POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA		
						BANQUE :		BMCE - INARA		
						N° compte bancaire :		011.780.0000 54 210 00 60 016 91		



N° IPP : 940661		N° SEJOUR : 230000911		FACTURE N° 2303000333		DATE D'ENTREE : 06/01/2023		DATE DE SORTIE : 06/01/2023	
ASSURE :						DESTINATAIRE : EL HOBBI, Amina			
MALADE : EL HOBBI, Amina									
NOM JEUNE FILLE :									
TIERS PAYANT 1 :									
TIERS PAYANT 2 :				N° IMMAT C.N.S.S :					
REF. PC 1 :				REF. PC 2 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :			
						N° SE. SOC. ETRANG. :			

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES DE RADIOLOGIE										
ACTE DE RADIOLOGIE MEDICALE	Z	15.00	10.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46208 DR ADABI AICHA	TOTAUX :	150.00						150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :						ACOMPTE:	
	REMISE :	0.00	REGLE :	150.00			AVOIR :	
	RESTE DU:	0.00						

DATE FACTURE : 06/01/2023	EDITEE LE : 06/01/2023	PAR: HAFID	<u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u>
VISA			N° DE POLICE : DATE AT :
			Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
			BANQUE : BMCE - INARA
			N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91





POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

PHARMACIE EL OUMOU
244 lotissement el wafaa
Dercou
Fix : 05.22.53.20.54

le 06/01/23

Dr. Hoshi Amin

- Ced. P V 2.0
2 V-3, 1



- Curaplex 11
2 pr 4, 1



- D. sen 10
2 V-3, 1



Dr. R. F. F. F. F.
Orthopédie

PHARMACIE EL OUMOU
244 lotissement el wafaa
Dercou
Fix : 05.22.53.20.54

Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

Cédol®
20 Comprimés



DASER® 10 000 UI
Serrapeptase
40 Comprimés enrobés gastro-résistants
6 118000 181064

Lot N° :
EXP :
PPV :

if
ibre nerveux

	Par 2 gélules	AJR
Extrait Curcuma longa titre et standardisé	250 mg	
Curcumine*	105 mg	
pe officinale	20 mg	
	510 250 UI	100
	16 mg	26 %

LOI:220263
DL00:03-025
139,00DH

Curcuma longa

Actif naturel qui contribue au soulagement de l'inconfort gastro-intestinal

Curcuma longa : racine de la curcuma, plante annuelle de la famille des Zingibéracées. Elle est utilisée sous forme d'extraits standardisés en actifs. Extrait Curcuma longa Curcumine et Curcuma longa. L'ajout d'actifs naturels contribue au soulagement de l'inconfort gastro-intestinal.



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

وصفة ORDONNANCE

le 06/02/23

29 Habbu Amin

Presc. de J. W. L. 75 kg
de réduction du 1^{er} Degré + main G
pour l'analyse du 2nd Degré

(réduction 150 g)

Dr. R. EL M. EL
Traumatologie - Orthopédie

Samah EL BOUKHARI
Kinésithérapeute
30, Bd. Chabab - Deroua
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

Presc. v.

Cabinet ELBOUKHARI
de kinésithérapie



Rééducation en :

- Traumatologie
- rhumatologie.
- neurologie
- Douleur du dos
- kinésithérapie respiratoire
- kinésithérapie sportive
- kiné-pré et post partum

Samah EL BOUKHARI
Kinésithérapeute

39, Lot Chabab - Daroua
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

30 lotissement Chabab du 11
janvier (1er étage), Daroua

Tel : 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36
N° Patente : 55802332
N° Identification Fiscal : 15296163
ICE : 000344024000072

Le: 22/04/23

Facture N° 513/2023

Nom et
prénom : El Hobbi Amina

Rééducation du :
Main gauche

Cotation :
A21919

Nombre de séances :
40 séances

Prix
unitaire : 100 Dhs

Montant
total : 1000 Dhs

Arrêter la présente facture à la somme
de : mille dirhams

INPE: 065040719

Samah EL BOUKHARI
Kinésithérapeute
39, Lot Chabab - Daroua
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36



SAMAH EL BOUKHARI
KINESITHEAPEUTE PHYSIOTHERAPEUTE

Rééducation en traumatologie, orthopédie, rhumatologie, neurologie,
Respiratoire ; cardio-vasculaire, sportive, drainage lymphatique,
électrothérapie

Nom : **EPHobbi**

Prénom : **Amina**

Age : **—**

Tel : **—**

Mutualiste : **CNOPS**

10 séances

3 fois / semaine

Le : **22/02/23**

CALENDRIER DES SEANCES :

1^{ère} séance **02/02/23**

2^{ème} séance **04/02/23**

3^{ème} séance **06/02/23**

4^{ème} séance **08/02/23**

5^{ème} séance **10/02/23**

6^{ème} séance **13/02/23**

7^{ème} séance **15/02/23**

8^{ème} séance **17/02/23**

9^{ème} séance **20/02/23**

10^{ème} séance **22/02/23**

SAMAH EL BOUKHARI
Kinesithérapeute
30, Lot. Chabab - Deroua
Tél: 0654 52 57 51 / 0632 89 75 36

30 Lotissement Chabab Bb du 11janvier (1^{er} étage) Deroua

Tel : 06 54 52 57 51 / 06 32 89 75 36

N° patente : 55802332 N° Identification Fiscal : 15296163 N° ICE : 000344024000072



POLYCLINIQUE ADDAMAN
VOTRE SANTÉ, NOTRE PRIORITÉ

INARA II

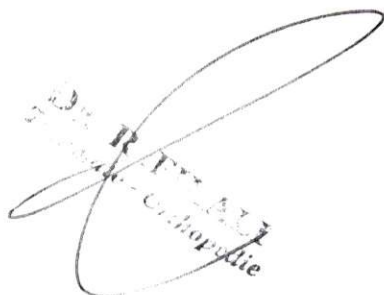
وصفة

ORDONNANCE

le 06/12/23

Dr. Habbib Amine

A. A. T. main G (f. 314)


Dr. Habbib Amine



Boulevard AL Qods , Inara II - Aïn Chok - Casablanca

Tél. : 0522 21 30 90 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 40 48 06

MME EL HOBBI AMINA
RE 4 NO 63 SIDI OTHMAN II

CASABLANCA CENTRE DE TRI
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

N° de Dossier : 79395675 Date et heure : 24/02/2023 11:08
Nom et prénom Assuré : EL HOBBI AMINA
Immatriculation : 93336768 / 090052611
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HOBBI AMINA / 01
Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM
Lieu de réception : CASA SIEGE 90147
Valeur en Dirhams : 1 508,80 Nombre de pièces : 12
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE304
Nom Etablissement :