

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 canaux, 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 canaux.

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.



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

Déclaration de Maladie

M22- 0041649

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : Casablanca

Tél. : 0672833390

Total des frais engagés : DH 1.200,00 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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 29/03/2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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 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 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 مرض 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 التعاوضية 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 تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



Tel 06 72833391
ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Touria Zine

N° Affiliation : 303178

N° Immatriculation : 43887441

N° CIN : 0377280

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 179 lot Daudoum Sidi Maarouf

Montant des frais (Dhs) : 1300000

Nombre de pièces jointes : 3 pièces

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب

Bénéficiaire de soins : Touria Zine

Nom et prénom : Touria Zine

Date de naissance : 09021958

N° CIN : 0377280

Sexe * : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification de l'agent

تصريح الطبيب

N° INP : 091024322

الرقم الوطني الإستدالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

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

Maternité * : ☐ أمومة * Date de grossesse :

Hospitalisation * : ☐ استشفاء * Date prévue d'accouchement :

Accident * : ☐ حادث * Date d'hospitalisation :

Causes :

أسباب الحادث :

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

Fait à : 25/10/2022

le : 25/10/2022

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'agent

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 25/10/2022

le : 25/10/2022

توقيع وطابع الطبيب المعالج المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médica traitant ou de l'Assurance de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المحرارة

[illegible]

CIM-10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة و الصور

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 : [][

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
24/10/2022			225 DANC	1200,000	
INP : 065834848					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					



Zineb Fouzir

kinésithérapeute diplômée d'état

Rééducation fonctionnelle
Réadaptation à l'effort
Massage relaxant

CASABLANCA LE

24/10/2022

FACTURE N 106

Nom:

ZINE

Prénom:

TOURIA

Médecin traitant:

DR CHERIF BEN MOUSSA

Diagnostic:

RACHIS CERVICAL

NB de séances:

12

Total:

12*100DH=1200,00DH

ZINEB FOUZIR
Kinésithérapeute
Lot Faraj N°6-Sidi Maarouf

Centre Faraj de rééducation
Lot Faraj n°6
Sidi Maarouf
Casablanca

Contact
Zineb Fouzir
0645242632
zineb.fouzir@gmail.com

Info Supp
Patente : 56100058
IF : 24847250
ICE : 001993644000016
INPE : 065034878

Dr. Hasnaa ~~CHERIF~~ BEN MOUSSA
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



حسناة شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل
والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 27 ~~أكتوبر~~ 2022 في : الدار البيضاء

Zine Fouzir

Re RACONFIRMER
et Lancer / DISCIPLINER
H.D.S.V.C.

P - SUP 12 semaines de traitement
de base contre l'arthrose
et l'arthralgie
reculage de repaire, en exerçant
le sport pour les lésions

ZINEB FOUZIR
Kinésithérapeute

CHERIF BEN MOUSSA
RHUMATOLOGUE

05.22.22.23.04 : زينة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف، الفاكس : 05.22.22.23.04
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05.22.22.23.04
E-mail : hasnaab5@hotmail.com : البريد الإلكتروني

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



32.874741
Apt. 363178
B.772 280
ZINE TOURIA

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

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	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80
1	-	31/12/2022	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
77031057	25/10/2022	Payé en : 67 jours		ZINE TOURIA	1 200,00	480,00	120,00	600,00
2	-	01/12/2022	Virement	-	6 171,80	1 666,35	410,65	2 077,00
1	-	31/10/2022	Virement	-	375,90	275,13	90,77	365,90
1	-	07/07/2022	Virement	-	3 480,00	208,62	67,98	276,60
1	-	01/07/2022	Virement	-	1 830,40	397,28	143,12	540,40
2	-	12/03/2022	Virement	-	1 877,70	592,54	199,66	792,20
1	-	03/02/2022	Virement	-	9 408,40	4 336,22	1 029,38	5 365,60



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

☆☆☆☆



MME ZINE TOURIA
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI
MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

Accusé de Réception

N° de Dossier :

77031057

Date et heure : 25/10/2022 12:11

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40131

Valeur en Dirhams :

1 200,00

Nombre de pièces :

4

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0481

Nom Etablissement :