

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.



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

Declaration de Maladie

N° W21-790208

155138

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12985 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HADDI MORILLAS

Date de naissance : 28.09.83

Adresse : RES EL NARHIL I "8" N°27
65di Gacemj Casa

Tél. : Total des frais engagés : #1890,30 #

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 :

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'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 29/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 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 التعريف 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 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): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

حصان المؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: **ASDELIAoui AMAL**

رقم الانخراط: N° Affiliation: **3190465**

رقم التسجيل: N° Immatriculation: **41312 1911518**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: **BA35026V**

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

العنوان: Adresse: **Residence ELMAKHLI T. 1911518**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs): **1850,34**

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes:

Declarat ion du medecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: **ASDELIAoui AMAL**

تاريخ الزدياد: Date de naissance: **1911518**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: **BA35026V**

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

Identification du medecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج

نوع العلاجات

<p>Type de soins</p> <p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض</p> <p>Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة</p> <p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء</p> <p>Accident* <input type="checkbox"/> حادث</p>	<p>تم تقديم الظرف المغلق*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Date de grossesse:</p> <p>Date prévue d'accouchement:</p> <p>Date d'hospitalisation:</p> <p>Date d'accident:</p> <p>Causes:</p>
--	---

Fait à: حرر ب:

Le: في:

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.

Fait à: حرر ب:

Le: في:

أصرح بمصداقية 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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Reception Tracabilité

21 MARS 2023

O.M.F.A.M

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

Novex®
4000 UI anti-Xa/0.4 ml
Remboursable AMO
6 seringues pré-remplies de solution injectable
AMM N°: 232020/DMP/21/NRODNM

6 118000 021902

24805/02

FORMULE
SILICONE

15g



GTIN:
05036631003627
EXP: 202407
LOT: 253

5 036631 003627

EDU 4 ANUAT

PARANTAL 1g

10 SUPPOSITOIRES



8 032

CARBOSORB®

سواغ كميّة كافيّة لـ
سواغ ذو تأثير معاكس : أسبرين
NEOCLAV 1g/125mg
Boite de 24 sachets
6 118000 310500
Liste I
Uniquement sur ordonnance
Respecter les doses prescrites
AMM : 156/190MP/21/MRQ

BDELLAOUI AMAL

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

S.V

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim
5mg/2ml al b1 mv
P.P.V : 38,10 DH

6 118001 181599



par jour pendant 8 jours

OTE GEL

le matin et le soir, pendant 3 mois.

AL 1G SUPPO

le matin et le soir, pendant 3 jours.

4 - NEOCLAV 1G

1 sachet le matin, à midi et le soir, pendant 8 jours.

5 - CARBOSORB

2 comprimés le matin et le soir, pendant 5 jours.

6 - CLORMETIN

1 comprimé par jour pendant 21 jours puis arrêt 7 jours
3 mois

4 - METHOTREXATE 10g dose totale = 60mg

PHARM
A
Docteur
435, Bd
Casablanca.

Maphar
Bd Alklima N° 6, QI,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Methotrexate biolim 26mg/ml
al b1 mv
P.P.V : 94,10 DH

6 118001 181605

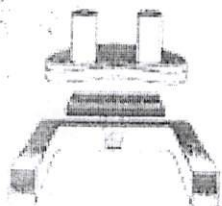


Dr Meriem BENCHEIKH
Spécialiste Gynécologie - Obstétrique
Lubakar al Kadiri
Angle bd Al Qods - N° 21 - Sidi Maârouf
Imm. B - 2^e étage - Tél. 05 22 33 54 24

PHARMACIE CALIFORNIA
ALI AL
Docteur en
435, Bd. Panor.
Casablanca - Tél. 0.

Docteur en
435, Bd. Panor.
Casablanca - Tél. 0.

زاوية شارع القدس وشارع أبو بكر القادري العمارة ب، الطابق الثاني رقم 21 (مقابل مدار المستقبل) - سيدي معروف - الدار البيضاء
Angle Bd. Al Qods et Bd. Aboubakr Al Kadiri, Imm. B, 2^eme étage, N° 21 (en face du rond point Al Moustakbal) - Sidi Maârouf - Casablanca
Tél.: 05 22 33 54 24 - Email: meriem.bencheikh@yahoo.fr



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nounad BENKIRANE

Pr. Laila LARAQUE

Casablanca, le 22/02/2023

FACTURE N° : 23/02869

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

600,00 Dhs

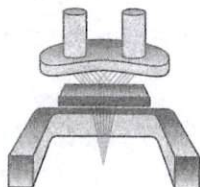
SIX CENTS DIRHAMS

Concernant les analyses exécutées le **22/02/2023**

Pour **ABDELLAOUI AMAL**

Sur ordonnance du : **Dr BENCHEIKH MERIEM**

[Signature]
LABORATOIRE DE PATHOLOGIE DU CENTRE
Dr. Nounad BENKIRANE
Pr. Laila LARAQUE
Bd. Zerktouni - 3ème étage - N° 25 - Casablanca
Tél. : 022.22.51.31 / 022.22.51.34 - Fax : 022.22.50.90
Email : labo_du_centre@yahoo.fr



Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 25/02/23

Nom & Prénom : Mme ABDELLAOUI AMAL
Sur ordonnance du : Dr BENCHEIKH MERIEM
Réf : 23H02635

Prélevé le : 21/02/23 et parvenu au laboratoire le : 22/02/23

Organe ou siège du prélèvement : Utérus

Renseignement(s) clinique(s) : Age : 33 ans

GEU Ovarienne gauche

Traitement conservateur

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Le matériel communiqué pèse 10 grs, parcouru de remaniements hémorragiques, mesurant en tas 7 cm.

A l'examen microscopique, on retrouve des lambeaux de caduque en nécrose ischémique et des villosités placentaires, à axe fibreux, souvent vascularisé, rarement hydropique. Ces villosités sont bordées d'une couronne cytotrophoblastique peu développée, souvent aplatie et sont entourées, par places, par un abondant matériel fibrino-hémorragique.

Pas vu de débris embryonnaires.

Absence de lésion spécifique.

Conclusion : Aspect morphologique d'un processus gravidique indemne de processus lésionnel histologique spécifique ou tumoral.

Dr Nouhad BENKIRANE

Demande d'examen

De la part du Dr **BEN CHEIKH**
 Nom et Prénom du Patient **Abdellahoui amel**
 Age **20-03-1990**
 Date du prélèvement **21-02-2023**

Référence
 Renseignements cliniques et paracliniques

CB gynécologue
hoi leuwei
cou savateus

Siege du prélèvement
 Nature de l'acte réalisé
 Thérapeutique préalablement instaurée
 Actes chirurgicaux antérieurs avec références

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, rappeler la référence, SVP

Pour F.C.V. et biopsie endométriale à visée hormonale :

- Date des dernières règles

- Partir

- Thérapeutique antérieure ou en cours

- Durée du cycle

- Frotis monocouche

- Frotis conventionnel

Vagin ☐

CBE

Exocol ☐

Endométre ☐

Endocol ☐

Signature et Cachet

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE
DE CENTRE
 52, Boulevard - Khroum
 TEL: 2211/14.11.11.11

11:08

4G+ 34



cnops.org.ma/assure



1



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

[Accueil](#) | [Prévention](#) | [Employeurs](#) | [Mentions légales](#) | [Mutuelles](#) | [Liens utiles](#) | [Contact](#)

Recherche

ok

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas compatible.

[Accueil](#) > [Application](#) > assure app

Ma Situation

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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	2 827,80	1 436,53	520,37	1 956,90
79902695	22/03/2023	ABDELLAOUI AMAL	1 890,30	898,92	350,68	1 249,60
79905080	22/03/2023	ABDELLAOUI AMAL	937,50	537,61	169,69	707,30

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆☆