

## 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.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-799001

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7368 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : /

Nom & Prénom : OUAKKAB HOUSSENI

Date de naissance : 04-10-1967

Adresse : 23 LIS HAJ FATEH

CASABLANCA

Tél. : 0668863944 Total des frais engagés : / Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : EL RAHANISAOJI MARIA Age : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : COMPLEMENT

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) : /



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

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

La feuille de soins doit porter le code INPE du praticien, ainsi que son cachet, sa signature et la date des actes ;

L'obtention d'une entente préalable de votre mutuelle est nécessaire pour certaines prestations. Visitez le site de la CNOPS ou votre mutuelle pour plus d'informations;

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. Pour l'orthodontie, le délai est de 60 jours après la fin de chaque semestre. Une entente préalable est nécessaire pour le premier semestre;

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](http://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، كما يجب إرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية والفواتير والرقم التسلسلي للدواء، الفحوصات الإشعاعية عند الإقتضاء...).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرمز التعريفي الوطني لمهنيي الصحة المعالج INPE الخاص بطبيب الأسنان إضافة لتوقيعه وختمه بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتعين الحصول على الموافقة المسبقة للتعاضدية بخصوص بعض علاجات الأسنان. ولهذا الغرض، يرجى الإطلاع على الموقع الإلكتروني للصندوق أو التعااضدية للمزيد من المعلومات.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعااضدية خلال الشهرين الماليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي و في حالة تقويم الأسنان، يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء كل أسدس علاج ويجب طلب الموافقة المسبقة للتعاضدية قبل الشروع في أول أسدس علاج.

يعاقب بغرامة ويبرأ المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال 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](http://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 نقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

Entente Préalable \* ☐ / Exécution \* ☒

N° du Tél (optionnel): 06 62 08 10 17 : رقم الهاتف (اختياري):

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : EL RHANJAOUI

N° Affiliation : 294369 : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 143 658243 : رقم التسجيل :

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : BP 93424 Casa n°1 rue 6A : العنوان

Montant des frais (Dhs) : neuf cent dix : إجمالي المصاريف (بالدرهم)

Nombre de pièces jointes : 04 pces : عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

### Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL RHANJAOUI : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 07/08/1971 : تاريخ الميلاد :

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

### Identification du médecin dentiste

### معلومات طبيب الأسنان

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 949141157 : الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

### Type de soins

### نوع العلاجات

Soins\* : ☒ : علاجات : Prothèse\* : ☐ : تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F\* : ☐ : تقويم الأسنان والفكين : Autres\* : ☐ : علاجات أخرى :

N° Entente Préalable : : رقم الموافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : : في حالة حادث يرجى تحديد مايلي :

La date de l'accident : : تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : : أسباب الحادث :

Fait à : حرر بـ :  
Le : 17/02/2023 : في :  
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 بـ :  
Le : 17/02/2023 : في :  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Dr TOUGAR Rachid  
Chirurgien dentiste  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

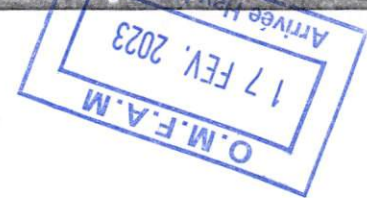
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية



Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيداع :

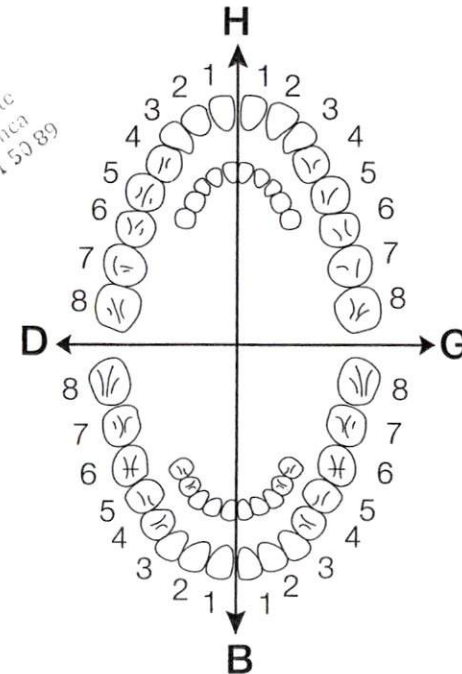
Description des ordonnances		جسر الوصفيات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والمصور
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
20/12/2022	1222	1222	1222	1222	<p>Centre de Radiologie El Oufra Bd. Oum Elouf - Rue 50 N°2 Casablanca - 20220 Tél: 05 22 93 04 93</p>
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"/>					

Description des actes						وصف العمليات
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
	1222	20/12/2022	1222	1222	1222	<p>Dr. TOULJAB Rachid Chirurgien Dentiste Angle Ed. Abdelrahmane et Rte d'Azemmour - Casablanca Tél: 0522 90 38 35 / 0522 91 50 89</p>
CIM - 10						

Dr. TOULJAB Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Ed. Abdelrahmane et Rte  
d'Azemmour - Casablanca  
Tél: 0522 90 38 35 / 0522 91 50 89



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.  
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



**Docteur Rachid TOUIJAR**  
Chirurgien Dentiste

الدكتور رشيد تويجر  
طبيب جراحى لاسنان

CASABLANCA ,LE : 20/12/2022

**Madame EL RHANJAOUI MARIA**

**RADIO PANORAMIQUE**

**Dr TOUIJAR Rachid**  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d' Azemmour N° 6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tél : 05 22 93 04 93

# NOTE D'HONORAIRES

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 94014107

N° de l'ICE : 001743599 000031

N° de l'IF : 51465556

Dr TOULJAP Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Bénéficiaire : EL RHANJOUI MARLA

Date 05.01.2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
		20/12/22	C	du	500,=	Dr TOULJAP Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Abderrahmane et Rte d'Azemmour N°6 - Casablanca Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89
		05/01/23	21/12/22 (21 éan)	12/12	500,=	Dr TOULJAP Rachid Chirurgien Dentiste Angle Bd Abderrahmane et Rte d'Azemmour N°6 - Casablanca Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Montant global : 700,=

Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Dr TOULJAP Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Fax :

Signature et cachet

Dr TOULJAP Rachid  
Chirurgien Dentiste  
Angle Bd Abderrahmane et Rte  
d'Azemmour N°6 - Casablanca  
Tél : 0522 90 98 35 / 0522 91 50 89

**Docteur Fatiha LASRI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

**Dr Bouchaïb EL MDARI**  
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

• Scanner Spirale Corps Entier

• Dentascanner - Panoramique Dentaire

• Echographie Générale

• Echographie-Doppler Couleur

• Echographie Ostéo Articulaire

• Radiologie Numérisée

• Ostéodensitométrie

• Mammographie Numérisée

• Radiographie Rachis Entier

• Radio - Photo

Casablanca , le 20/12/2022

PATIENT : **EL RHANJAOUI MARIA**  
MEDECIN TRAITANT :  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX. PANORAMIQUE**

- Dentition incomplète.
- Bourrage dentaire.
- Caries et soins dentaires.
- Procidence du fond des sinus maxillaires.
- Intégrité des canaux mandibulaires.
- Absence de lyse ou de condensation osseuse.
- Les ATM sont d'aspect normal.

**Confraternellement**  
**DR. ELOUARDI ZINEB**

**I.S**

Centre de Radiologie El Oulfa  
Bd. Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca - 20220  
Tel : 05 22 93 04 93

**Dr E. ELOUARDI**  
Médecin Radiologue

# CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

**Docteur Fatiha LASRI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

**Docteur Bouchaib ELMDARI**

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 20/12/2022

**FACTURE N°00447/2023**

**NOM & PRENOM: EL RHANJAoui MARIA**

EXAMEN	MONTANT
RX. PANORAMIQUE	200 DH
TOTAL	200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :DEUX CENTS DH TTC

Centre de radiologie El Oulfa  
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2  
Casablanca 20220  
Tél: 0522 93 04 93

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca  
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563  
Capital: 100 000, 00  
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057  
E-mail: [radiologie-oulfa@.com](mailto:radiologie-oulfa@.com)



Accueil > Application > assure app



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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2			1 150,00	648,00	118,00	766,00
79256954	17/02/2023	EL RHANJAOUI MARIA	250,00	120,00	30,00	150,00
79257079	17/02/2023	EL RHANJAOUI MARIA	900,00	528,00	88,00	616,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré [Télécharger](#)

☆☆☆☆☆