

# 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- 0052190

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M.  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID. 166833  
 Date de naissance : 26.06.49  
 Adresse : AL ATTADAMOUNE Rue 2 N°6 OULFA  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 1731,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
CNOPS

Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BEN JALLOUN AMINA Age : 67  
 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 03 / 07 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

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

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

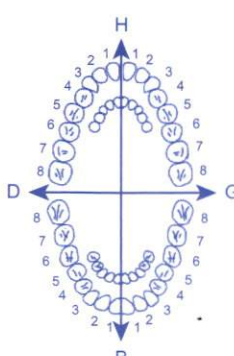
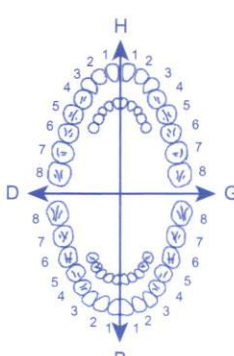
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>			
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession					
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

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 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : BENJALLOUN Amina

رقم الانخراط : 153844

رقم التسجيل : 932 230532

رقم CIN : A78767

علاقة القرابة : ابن ☒ زوج ☒ Conjoint ☐ Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

العنوان : Cité Tadamane, rue 2 n° 6 Azhar Eloulfa - CASABLANCA

مبلغ المصاريف (درهم) : 1.431,40

عدد الوثائق المرفقة : 11 pièce

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : BENJALLOUN Amina

تاريخ الإزدياد : 01/13/56

رقم بطاقة التعريف الوطنية : A78767

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 091166421

Type de soins : نوع العلاجات

Admissio ALD\* : قبول المرض المزمن : oui non

N° dossier ALD\* : رقم ملف المرض المزمن : .....

Code ALD : رقم المرض المزمن : .....

Soin ambulatoires\* : تم تقديم الظرف المغلق : \* علاجات خارجية \* Epl confidentiel remis\* : oui non

Hospitalisation\* : تاريخ الاستشفاء : \* استشفاء \* Date d'hospitalisation : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
حرر بـ : CASABLANCA  
Le : 08/14/23 في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
حرر بـ : D. MAZZOUZ  
Le : 08/14/23 في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- JNP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

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

[illegible]**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
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
INP :					
INP :					
INP :					

\*Royaume du Maroc



Date d'édition : 08/05/2023 10:26:40

MME - BENJALLOUN AMINA  
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ  
OULFA  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 80709610 Date et heure : 08/05/2023 10:26  
Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA  
Immatriculation : 93280532 / 090018027  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : BENJALLOUN AMINA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA 90171  
Valeur en Dirhams : 1 731,70 Nombre de pièces : 11  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489  
Nom Etablissement :



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	NON PAYE 1	EN COURS DE PAIEMENT 2
-------------	------	------------	------------------------

📌 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	-	27/06/2023	Virement	-	2 026,70	1 184,87	162,26	1 347,13
☰ 1	-	22/06/2023	Virement	-	1 731,70	1 358,40	5,00	1 363,40
☰ 1	-	05/04/2023	Virement	-	805,70	528,25	88,98	617,23
☰ 4	-	17/02/2023	Virement	-	4 455,10	1 090,20	161,54	1 251,74
☰ 1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
☰ 1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00
☰ 2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
☰ 1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60
☰ 1	-	30/07/2022	Virement	-	2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
☰ 1	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
☰ 2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire

de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
(القدس كالفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

(اختصاصية في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو  
العدسات الصلبة واللينية  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le samedi 8 avril 2023

**Madame BENJALLOUN Amina**

dans les 2 yeux

178,90X6

- Monoprost, latanoprost 0,005 : 6 flacons

1 goutte le soir 21h

A la meme heure

86,10X3

- TIMABAK 0,50 :

6 flacons

1 goutte le matin 8h

1 goutte le soir 20 h

A renouveler

A la meme heure

T° 1331,70

Dr MAZZOUZ Hanane  
OPHTALMOLOGISTE  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tél : 05 22 52 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كالفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californie*

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
(القدس كاليفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

(مختصة في أمراض وجراحة العيون)

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين ببوردو  
العدسات الصلبة واللينية  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

08-04-2023

**Note d'honoraires**

Patient (e) : *Benjaouen amina*

Actes réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique 300.00 Dh

Examen du fond de l'oeil : 100,00 Dh

-----  
Total réglé : 400.00 Dh Quatre cents dirhams

**Dr MAZZOUZ Hanane**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
511 Al Qods - Casablanca  
Tel: 05 22 52 25 26

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421