

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
M23-001915

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
Date de naissance : 26-06-49
Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 2 No 6 - OULFA - CASABLANCA
Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 579,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CNOPS
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age : 68
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 :
Signature de l'adhérent(e) :

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

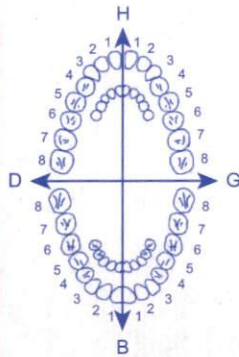
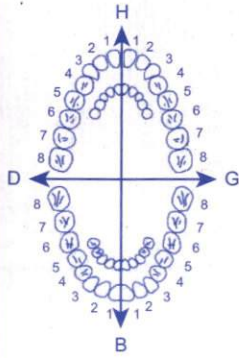
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني
للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني
للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبلة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرامط.

* Cocher la mention utile pour chaque case

Date de dépôt du dossier : _____ تاريخ الإيداع : _____

her la mention utile pour chaque case

دومة في الخاية المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

[illegible]

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع وضابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
01/04/2024		Ctrl		6	
08/02/24		Ctrl		6	

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Grande Biologie: Radiologie et Imagerie

[illegible]

Actes Paramédicaux

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"/>					
INP : <input type="text"/>					



Biotinax®

Comprimés

500 mg

Confort respiratoire

30 comprimés
Voie orale

Thérapharm
LABORATOIRES

PROPRIÉTÉS ET UTILISATIONS : Biotinax® 500 mg comprimés est à base d'extraits de plantes concentrés en actifs naturels dont la synergie aide à procurer un confort respiratoire.
CONSEILS D'UTILISATION : 1 comprimé 3 fois par jour, avec un grand verre d'eau.
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research, Garbagnate Monastero (LC) - Italie.
Importé et distribué au Maroc par Thérapharm, 100, rue Annakhel 20 370 - Casablanca.
Autorisation du Ministère de la santé n° : DA20202010599DMP/20UCA/V1.
30 Comprimés de 850mg 25,5 g e

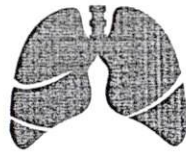
Pharmalife
RESEARCH

210965

01/2025

Lot :
A consommer de
préférence avant le :
PPC : 99,50 DH

odgc 21/08/77



Casablanca le 01/04/24

Benjelloun Amina

3.50

Bin 10x3 / 1 rot 7j apr
Paspas Sirap
16x3 / 1 rot 7j
Fora art 200
18 - 0 - 18 rot 3 min
Asthma
23 an bel
129.50

Bilan Biologique

le 01/04/24

Nom-Prénom BENJELLOUN AMINA Age Sexe H O F O

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☒ CRP
- ☐ Hémoculture

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de Prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Glucose

- ☐ Glycémie à jeun
- ☐ Hyperglycémie par VO
- ☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Ca
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg
- ☐ Bicarbonates (HCO3-)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Autres

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases acides
- ☐ Phosphatases alcalines
- ☐ Lactate déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ GGT
- ☐ 5' Nucleotidase
- ☐ CK (Creatine PhosphoKinase)
- ☒ Tryptophane
- ☐ Electrophorèse des protéines FFP
- ☐ BNP

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca++
- ☐ Phosphore
- ☐ Na+
- ☐ K+
- ☐ Cl-
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU
- ☐ AntibioGramme

Groupe sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus

Sérologie et Immunologie

- ☐ VDRL - TPHA
- ☐ Hépatite B
 - ☐ Antigène Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hbs
 - ☐ Anticorps Anti-Hb
 - ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
 - ☐ Anticorps Anti-HVc
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ β-hCG Plasmatique
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaire
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du Complement



MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

86201447

Date et heure : 26/02/2024 10:51

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

579,50

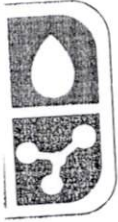
Nombre de pièces :

6

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 01/02/24
Prélèvement effectué à 14:38
Edition du : 01/02/24

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf : 24B44

Page : 3/1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

(Roche Integra 400+)

Normales

Antérieures

Troponine I High Sensitive : <1.5 ng/l
(Méthode ELFA - Vidas Biomérieux)

A T0:

- Exclusion d'IDM si Troponine HS < 2 ng/l (VPN 99,9%)
- Inclusion d'IDM si Troponine HS > 100 ng/l (VPP 76%)
- Zone de suspicion si Troponine HS > 2 et < 100 ng/l ; dans ce cas refaire le dosage après 2Heures
- si Delta T2-T0 > 10 ng/l : Inclusion d'IDM (VPP 74,5%)

07/08/23

Protéine C réactive : 2,3 mg/l
(Dosage turbidimétrique- Roche Diagnostics Cobas)

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES

Dr J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste

349, Bd. Oued Daoura 1er Etage Lot CHAHDIA
Casablanca - Tél: 05 22 93 33 44

349, Bd. Oued Daoura - Lot Chahdia 1er Etage Oulfa - Casablanca - Tél.: 05 22 93 33 44 - E-mail : labochahdia@gmail.com

349, شارع واد المورة تجزئة الشهدية - الطابق الأول - الألفة الدا البيضاء - الهاتف : 05.22.93.33.44 - النقال : 07 66 41 93 94

INPE : 093062149 / ICE : 001718112000062 / IF : 18800233



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحليلات الطبية

Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

الدكتورة جيهان لمياء خلوق

Diplômé de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex-Médecin Interne CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dr J.L. KHALLOUK / Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHIDIA Oulfa CASABLANCA- TEL: 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF: 18800233

Casablanca le 1 février 2024

Madame BENJALLOUN AMINA

FACTURE N° 249

Analyses :

Troponine	B	250	Total : B 350
Protéine C réactive	B	100	

Prélèvements :

Sang	Pc	1,5
------	----	-----

TOTAL DOSSIER

450,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Cinquante Dirhams

Laboratoire Chahdia
d'Analyses Médicales
Dr J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste

07 66 41 93 94
05 22 93 33 44



labochahdia@gmail.com



349, Bd Oued Daoura - Lot Chahdia 1 er Etage Oulfa - Casablanca
شارع واد الداورة تحرنة الشهدية - الطابق الأول - الألفه-الدار البيضاء



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant loi 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

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
- 2	-	03/04/2024	Virement	-	2 862,20	1 766,33	406,70	2 173,03
86201447	26/02/2024	Payé en : 37 jours		BENJALLOUN AMINA	579,50	308,00	77,00	385,00
86201511	26/02/2024	Payé en : 37 jours		BENJALLOUN AMINA	2 282,70	1 458,33	329,70	1 788,03
2	-	27/03/2024	Virement	-	1 905,30	1 112,49	200,37	1 312,86
3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80	2 225,56	101,23	2 342,59
2	-	01/11/2023	Virement	-	4 286,10	2 703,88	638,66	3 342,54