

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

- 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 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° W19-416086

Complément

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ROCHDI Société : 24 79

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed

Date de naissance : 14-6-1955

Adresse : Residence Walid 2, rue Le rone
CASABLANCA

Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 1527,80 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 :

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 : 10/6/2019

Signature de l'adhérent(e) : A. Rochdi

Royaume du Maroc



MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ABDESLAM
KHATB 7
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000056877016

Accusé de Réception

N° Réception : 56877016
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA
Immatriculation : 93602296 / 090123522
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 27/05/2019 9:14
Lieu de réception : CASA SIEGE 90142
Valeur du dossier : 1527,80
Nombre de pièces : 5
Code Agent : 9MGE247

Code Etablissement :
Etablissement :



Cliquez pour activer Adobe Flash Player.

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)

[Home](#)
[Ma Situation](#)
[Remboursements](#)
[Prises en charge](#)
[Immatriculation](#)
[Menu](#)

[Information](#)
[ENREGISTRE 1](#)
[EN COURS DE TRAITEMENT 2](#)
[PAYE](#)
[RETOUR POUR COMPLEMENT 1](#)

| Nb.Dossier(s) | Date de réception | Bénéficiaire | Frais engagés | AMO | Mutuelle | Total |
|---------------|-------------------|---------------|---------------|----------|----------|----------|
| 2 | - | - | 1 987,80 | 1 263,70 | 193,41 | 1 457,11 |
| 56764857 | 20/05/2019 | BASSIR JAMILA | 460,00 | 293,00 | 60,25 | 353,25 |
| 56877016 | 27/05/2019 | BASSIR JAMILA | 1 527,80 | 970,70 | 133,16 | 1 103,86 |

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع التعااضدية
Cachet et signature de la mutuelle

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)

| | |
|--|--|
| Nom et prénom : BASSIR JAMILA | الإسم العائلي والشخصي : |
| N° Affiliation : 11821166 | رقم الانخراط : |
| N° Immatriculation : 19132610121296 | رقم التسجيل : |
| N° CIN : B 1584734 | رقم بطاقة التعريف الوطنية : |
| Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* | علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له* |
| Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> زوج | Enfant <input type="checkbox"/> ابن |
| Adresse : ANGEL RUE DE ROME RUE DESSESSALAT | العنوان : |
| Montant des frais : 1527,80 Dhs | مبلغ المصاريف : |
| Nombre de pièces jointes : 5 | عدد الوثائق المرفقة : |

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

| | |
|---|-----------------------------------|
| Bénéficiaire de soins BASSIR JAMILA | المستفيد من العلاجات |
| Nom et prénom : | الإسم العائلي والشخصي : |
| Date de naissance : 19410611964 | تاريخ الإزدياد : |
| N° CIN : B 1584734 | رقم بطاقة التعريف الوطنية : |
| Sexe* : <input checked="" type="checkbox"/> M ذكر <input type="checkbox"/> F أنثى | الجنس* : |

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

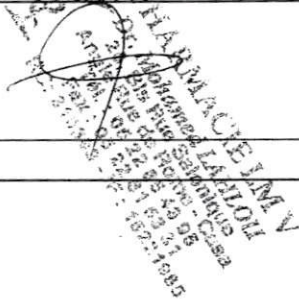
| | |
|---|---|
| N° INP : 0911112953 | الرقم الوطني الاستدلالي للممارس |
| Type de soins | نوع العلاجات |
| Admission ALD* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | قبول المرض المزمن : |
| N° dossier ALD* : | رقم ملف المرض المزمن : |
| Code ALD : | رمز المرض المزمن : |
| Soins* <input type="checkbox"/> علاجات خارجية <input type="checkbox"/> ambulatoires | Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء | Date d'hospitalisation : |
| J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. | أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. |
| Fait à : CASA | Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. |
| le : 15/01/2015 | حرر بـ : |
| توقيع المؤمن له (لها) | في : 15/01/2015 |
| Signature de l'assuré (e) | توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية |
| | Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins |

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

* أشطب الخانة

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

| | | |
|-----------------------------------|-------------------------------|--|
| تاريخ التنفيذ Date d'exécution | الثمن المفوتر Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو موفر التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
| 15-2-19 | 427,80 |  |
| INP : <input type="text"/> | | |
| | | |
| INP : <input type="text"/> | | |
| | | |
| INP : <input type="text"/> | | |

[illegible]

Fluibron®

Sirap
Fluor 30ml
PROMOPHARM S.A.

Dipl

O.I 6 118000 240426

- Exploration et traitement de
- Surdité .Vertige .Ronflement
- Pathologie de la voix
- Examen et chirurgie endoscopique du nez et du Larynx
- Chirurgie microscopique de l'oreille

Fluibron® 0,3%
Ambroxol

LOT N°:

UT. AV:

PPV:

الحنجرة

قبة الشجرة

أكل الأذن

اتباع نصائح الطبيب أو الصيدلي

Curtec® 10 mg
Cétirizine

30 comprimés sécables

6 118000 041870

Assir Jamila

Casablanca le

15 MAI 2019

PREDNI'20mg

20 comprimés effervescent s cabl 

6 118000 08175

OEDES 20mg

28 gélules

6 118001 100088

LOT 16139

EXP 09/20

PPV 99.00

Dr. Mohamed LAMHADI
28, Bd. du 20 Mars, Casablanca
Tél: 06 22 26 43 34
Fax: 06 22 26 43 31
Port: 06 22 26 43 31
RC: 32365 - IF: 1501465

PPV 880H00
PER 08/21
LOT H1775



SPECTRUM 500 mg

20 comprimés

6 118000 08193

زاوية شارع الناظور و شارع أطلنتيد - حي بولو - الدار البيضاء

Angle boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 - 0522 86 20 60/61 - Fax: 0522 21 32 95

E-mail: a.mhadi@clinique-avicenne.ma - Site: www.clinique-avicenne

Handwritten notes in Arabic:

- Predni 20
- OEDES 20
- Curtec 20
- Fluibron
- Spectr 500

Docteur Abdelilah Mhadi

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

O.R.L. et chirurgie maxillo faciale

- Exploration et traitement de :
Surdité .Vertige .Ronflement
Pathologie de la voix
- Examen et chirurgie endoscopique
du nez et du Larynx
- Chirurgie microscopique de l'oreille
- Laser
- Implantation cochléaire

AVICENNE
CLINIQUE
DES SPÉCIALITÉS
إبن سينا
مصلحة الاختصاصات

الدكتور عبد الله لمهدي

خريج كلية الطب بنانسي

أمراض وجراحة الأنف . الأذن . الحنجرة . الوجه والحنق

• تشخيص والعلاج الصم . الدوخة . الشخير

اضطراب الصوت

• الفحص والجراحة بالمنظار داخل الأنف والحنق

• الجراحة المجهرية للأذن

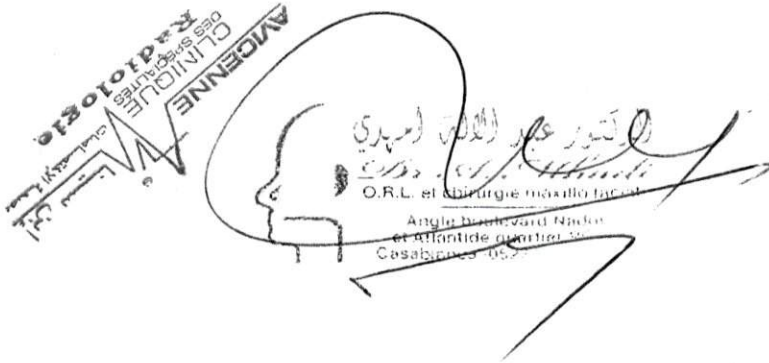
• أشعة الليزر

• زرع القوقعة

Casablanca le 15 MAI 2018

112
* = BASSIR Jamila

Blanche Souaia



زاوية شارع الناظور و شارع أطلنتيد - حي بولو - الدار البيضاء

Angle boulevard Nador et Atlantide, Quartier POLO - Casablanca

Tél. : 0522 79 33 00 - 0522 86 20 60/61 - Fax : 0522 21 32 95

E-mail : a.mhadi@clinique-avicenne.ma - Site : www.clinique-avicenne.ma

Casablanca, le 15/05/2019

Facture N° :6827/19

Nom & Prénom du patient : BASSIR JAMILA

| Désignation | Total |
|--|--------|
| BLONDAU SCANNER 800 DH ----- 800 DH | 800 DH |
| Total General | 800DH |

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME:

HUIT CENTS DH



Casablanca , le 15/05/2019

Nom /Prénom : BASSIR JAMILA
Médecin prescripteur : DR. MHADI

BLONDEAU SCANNER

TECHNIQUE:

Acquisition volumique sans injection de PDC, reconstructions MPR et MIP

RESULTAT:

Epaississement muqueux en cadre intéressant les deux sinus maxillaires rétrécissant les méats moyens

Epaississement muqueux des parois latérales des fosses nasales avec comblement des méats inférieurs.

Discret épaississement muqueux des cellules éthmoïdales avec comblement spumeux de celle droite.

Discret épaississement muqueux du plancher du sinus frontal (compartiment droit) Sinus sphénoïdal et recessus sphéno éthmoïdaux sont libres.

Déviations de la cloison nasale vers la gauche avec excroissance osseuse se rapprochant des cornets inférieur et moyen.

Hypertrophie muqueuse lisse et modérée des cornets inférieurs et moyens.

EN CONCLUSION :

Aspect TDM pouvant rentrer dans le cadre d'une rhino sinusite chronique avec poussée aigue éthmoïdale antérieure.

Déviations de la cloison nasale vers la gauche avec excroissance osseuse ; associée à l'hypertrophie des cornets responsable d'obstruction de la filière nasale.

En vous remerciant de votre confiance


Dr. JADID Ihsane
Radiologue


AVICENNE
Radiologie

Angle boulevard Nador et Atlantide , quartier POLO - Casablanca

Tél.: 0522 79 33 00 / 0522 21 80 31 - Fax : 0522 21 32 95 - E-mail : avicenne.clinic1@gmail.com

C.N.S.S : 9498488 - I.F : 14364589 - Patente : 36335425 - ICE : 001680339000075