

## 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

N° W19-485000

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAO

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : R KARROUNI Raha

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse : CASAB

Tél. : 0666957545

Total des frais engagés : 550

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JADA DARA

Age : 11 mois

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : Complexe

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

04 NOV. 2019

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 : CASAB

Le : 04 / 11 / 2019

## 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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون إليها 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسااطر 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 التعاقدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **J A I D I Mounir** : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **55222** : رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **710604** : رقم التسجيل :  
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*  
Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☒ ابن  
Adresse : **Residence AL Manssour, BD Ghazali** : العنوان :  
**Imb 46, Appt 4, 20210 Carablanca**  
Montant des frais (Dhs) : **550,00 DHS** : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **3** : عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **J A I D I Mounir** : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **J A I D I Mounir** : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **22 05 74** : تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **AB111927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe \* : **M** ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ : الجنس \* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **051043837** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : نوع العلاجات :  
Maladie \* ☐ مرض \* : Pli confidentiel remis \* : Oui ☐ Non ☐ : تم تقديم الطورف المغلق \* :  
Date de grossesse : ..... : تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... : التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : ..... : تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : ..... : تاريخ الحادث :  
Accident \* ☐ حادث \* : Causes : ..... : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : .....  
le : **26 08 2019** :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e) : .....

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations et données signées et vérifiées.  
Fait à : .....  
le : **26/08/2019** :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الطبيب المتعاقد  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : .....

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

\* أنشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



## description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
26/08/2019			368		

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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
26/08/19	Rx Pieds nus de		250,00		
	P / 7161				

## 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

MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR J  
B 33 APPT 09  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000058349568

Accusé de Réception

N° Réception : 58349568  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR  
Immatriculation : 33710604 / 100057341  
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MOUNIR  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 12/09/2019 12:38  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 550,00  
Nombre de pièces : 3  
Code Agent : MPT 19 SEP 2019

Code Etablissement :  
Etablissement :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

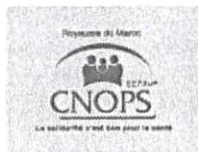
PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil &gt; Application &gt; assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#)
[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

ENREGISTRE 1

REJET 1

PAYE

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	-	28/10/2019	Virement	-	949,00	423,28	46,96	470,24
58349631	12/09/2019	Payé en : 46 jours		JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
58349568	12/09/2019	Payé en : 46 jours		JAIDI MOUNIR	550,00	240,00	27,50	267,50
2	-	07/10/2019	Virement	-	934,80	401,98	47,02	449,00
3	-	29/08/2019	Virement	-	2 980,00	1 359,20	51,46	1 410,66
1	-	16/08/2019	Virement	-	593,00	168,30	16,04	184,34
2	-	10/06/2019	Virement	-	1 314,00	809,80	140,24	950,04
4	-	13/05/2019	Virement	-	1 997,00	782,90	63,02	845,92
2	-	22/04/2019	Virement	-	2 396,00	658,60	105,68	764,28
3	-	05/03/2019	Virement	-	2 289,40	1 347,58	41,30	1 388,88
6	-	18/02/2019	Virement	-	2 882,71	1 470,55	226,84	1 697,39
1	-	28/01/2019	Virement	-	1 800,00	120,00	5,00	125,00

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)

★★★★★

**Professeur M. DKHISSI**

- . Chirurgie Traumatologique
- . Orthopédie et Réparatrice
- . Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- . Chirurgie Prothétique
- . Arthroscopie

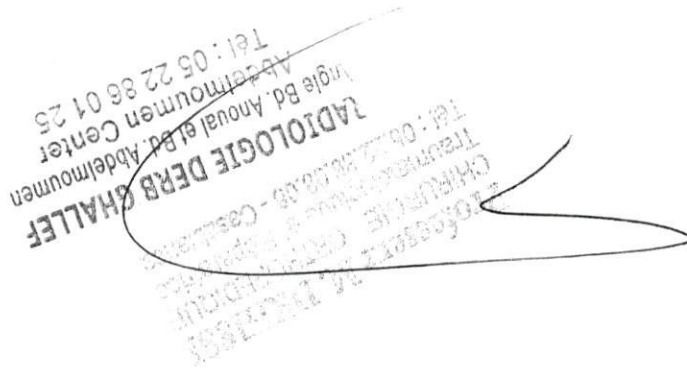


الدكتور محمد دخيبي  
جراحة العظام و المفاصل

Casablanca le : 26/07/14

Dr Tariq Mounir

Dr Fathy



301 مركز الميراج (بين شارع عبد المومن وشارع أنوال) الطابق الأول - الرقم 14  
301, Centre Al Mirage Angle & Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca  
Tél. : 05 22 86 08 08 / Fax : 05 22 86 09 94



# الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

**DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha**

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



**Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza**

Specialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU

et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 26/08/2019

FACTURE : 03777/2019

NOM ET PRENOM : JAIDI MOUNIR

TYPE EXAMEN : RX AVANT PIED GAUCHE F+3/4

MONTANT : 250 DH

DEUX CENT CINQUANTE DH

RADIOLOGIE DERB GHALLEF  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen Center  
Tél : 05 22 86 01 25

المحمول : 06 61 20 33 31 - GSM : الهاتف : 0522.86.01.25 / 86.10.68 - Tél. :

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيازن - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

# الفحص بالأشعة درب غلف

## RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

**DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha**

Spécialiste en RADIOLOGIE  
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris  
Diplômé en IMAGERIE des SEINS, ORL et Maxillo-faciale  
Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



**Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza**

Specialiste en RADIOLOGIE  
EX Professeur en Radiologie au CHU  
et la Faculté de Médecine Casablanca  
Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.  
Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 26/03/2019

PATIENT : JAIDI MOUNIR  
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX AVANT PIED GAUCHE F+3/4**

### RESULTAT :

Pas de lésion osseuse traumatique.  
Discrète déminéralisation osseuse.  
Les segments osseux sont de morphologie normale.

Confraternellement  
Signature électronique PR A.SKALLI

**RADIOLOGIE DERB GHALLEF**  
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen  
Abdelmoumen Center  
Tél : 05 22 86 01 25

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31, المحمول

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيزان - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20720780 - RC : 267455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFEI : 5307782