

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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'Hayat
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-851569

202987

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9198 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMRAH SAID

Date de naissance : 11/11/1957

Adresse : 555, Rue Ibn SARGHO

Tél. : 0661798981 Total des frais engagés : # 1185,00 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  Complement

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ROZAIBRE Habib Age : 63

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

Nature de la maladie : MUPRAS

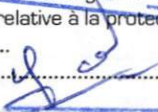
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 23/04/2024

Signature de l'adhérent(e) : 

Instructions à suivre

Établir 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتدرة وأزمدها 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الباجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf: ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N Bordereau :

N Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Q OZaibre Habiba EP EL MRAB**
N Affiliation : **51542**
N Immatriculation : **332702115**
N CIN : **Q45436**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint**

Adresse : **555, Rue Jbal Saghrou Hay Rayane**
Pole urbain Nouaceur cas de Lanca
Montant des frais (Dhs) : **1185,00 DH**
Nombre de pièces jointes : **08**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **HABIBA OZLAIBRE**
Nom et prénom : **HABIBA OZLAIBRE**
Date de naissance : **17/01/1961**
N CIN : **Q45436**
Sexe : **M**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N INP : **INPE:061281614**
Type de soins : **Maladie**

Maladie : **مرض**
Maternité : **أمومة**
Hospitalisation : **استشفاء**
Accident : **حادث**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare la véracité des renseignements portés ci-dessus
Fait à : **Nouaceur**
le : **12/02/2024**
Signature de l'assuré(e)
توقيع المؤمن له (لها)
أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.
Fait à : **Nouaceur**
le : **12/02/2024**
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins
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 cas

أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de depot du dossier :

تاريخ الإيداع

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle - Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Medecin traitant
12.02.24	CS	—	—	300DH	

CIM - 10

Jرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
12.02.24	85,00	Dr. Sand ZENHLOUN Imm. 94, 401 NAIT N°4-DEROUA Tél. 05 22 51 47 07

INPE : 06 20 74 810

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle - Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	توقيع وطابع الأخصائي أو الإخصائي Signature et Cachet du Biologiste ou Radiologue ou Biophysicien
14/02/2024	momo + echo			800DH	
	INPE: 060065695				

CENTRE DE RADIOLOGIE
Dr EL MRABET HANA
RADIOLOGUE
LOTISSEMENT NAIT N°11 DEROUA
BERRECHID - Tél: 05 22 03 75 85

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle - Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Dr. Fatiha El Miski

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Diplômée de la Faculté de
Médecine de Casablanca
Ancien médecin résidente
Du CHU Ibn Rochd



الدكتورة فتيحة المسكي

أخصائية أمراض النساء والتوليد
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى
الجامعي ابن رشد

DEROUA le: 12-02-24

ORDONNANCE

N°

HABBA

DOZAI BRE

INPE: 06 20 74 810

85,00

1/ Altamog

300g



1 cp 6 pd mes

Ts 85,00

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, BOULEVARD N°4-DEROUA
Tel: 05 22 51 47 07

Dr Fatiha El Miski
Spécialiste en Gynécologie
Obstétrique
Lotissement Nabila Mekhlouf 2 N°262
1^{er} étage Deroua

Lotissement Nabila Mekhlouf 2 N°262 1^{er} étage Deroua.

تجزئة نبيلة مخلوف 2 الرقم 262 الطابق الأول الدروة

FIX: 05 22 03 78 78 / Urgences: 06 49 94 52 51 / Email: cabinet.drelmiski@gmail.com



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

 (/portallapps/www/index.php/assures/auth/identification) 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

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

③ 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	-	05/04/2024	Virement	-	1 185,00	520,00	87,50	607,50
86430419	07/03/2024	Payé en : 29 jours		QOZAIBRE HABIBA	1 185,00	520,00	87,50	607,50
1	-	09/11/2023	Virement	-	2 995,60	1 336,10	26,18	1 362,28
1	-	04/08/2023	Virement	-	2 184,80	1 291,26	317,95	1 609,21

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

☆☆☆☆☆



CENTRE RADIOLOGIE DEROUA
مركز الفحص بالأشعة الدروية

Scanner Multibarettes
Radiologie Numérique
Échographie
Echo Doppler
Mammographie Numérique
Panoramique Dentaire
Opacification
IRM (sur RDV)

Deroua, le 14/02/2024

FACTURE N°FA422/2024

NOM & PRENOM: QOZAIBRE EL MRAH HABIBA

EXAMEN	MONTANT
Mammo + Echo Mammaire	800 DH
TOTAL	800 DH

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

CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA
Dr EL MRABET HANAA
RADIOLOGUE
LOTISSEMENT NAIT N°11 DEROUA
BERRECHID - Tél: 05 22 03 75 85



05 22 03 75 85



N°11 Lotissement NAIT, Deroua



radioloaideroua@gmail.com



CENTRE RADIOLOGIE DEROUA

مركز الفحص بالأشعة الدروية

Scanner Multibarettes
Radiologie Numérique
Échographie
Echo Doppler
Mammographie Numérique
Panoramique Dentaire
Opacification
IRM (sur RDV)

Deroua , Le 14/02/2024

Patient : QOZAIBRE EL MRAH HABIBA
Médecin traitant : Dr EL MISKI FATIHA

Examen(s) réalise(s) : MAMMOGRAPHIE + ECHOGRAPHIE MAMMAIRE

Renseignements cliniques : 63 ans, 3 EV, allaitement au sein pendant 1 mois par enfant, ménopausé il y'a 8 ans, examen des seins : RAS. Examen de dépistage.

➤ Au niveau de la mammographie :

Technique : deux incidences par sein (face + oblique).

Résultats :

- Seins de volume symétrique, partiellement radios transparents, de densité type B.
- Répartition harmonieuse et symétrique de la trame glandulaire.
- Pas de surcroît d'opacité nettement circonscrit.
- Absence de foyer de micro calcifications suspect décelable.
- Absence de foyer de désorganisation architecturale.
- Revêtement cutané fin et régulier.
- Prolongements axillaires libres.

➤ A l'examen échographique :

- Absence de nodule d'échostructure solide ou kystique circonscrit.
- Ganglions axillaires bilatéraux, infra centimétriques.

TSVP



05 22 03 75 85

N°11 Lotissement NAIT, Deroua

radioloaiederoua@gmail.com

SUITE

AU TOTAL :

- Examen écho-mammographique ne révélant pas d'anomalie décelable.
- Examen classé Bi-RADS 1 de l'ACR en bilatéral.

En vous remerciant de votre confiance
Dr ELMRABET HANAA

Classification de l'ACR de la densité mammaire :

Type A : Seins quasi sans changements du contraste mammaire.

Type B : Plages éparsees de tissu fibreux glandulaire.

Type C : Seins denses hétérogènes.

Type D : Seins denses homogènes.

Classification de l'ACR :

Bi-RADS 0 : Examen incomplet, nécessite un complément d'examen par échographie.

Bi-RADS 1 : Résultats négatifs sans anomalie.

Bi-RADS 2 : Anomalie bénigne.

Bi-RADS 3 : Anomalie considérée comme probablement bénigne.

Bi-RADS 4 : Doit être considéré comme suspect.

Bi-RADS 5 : Doit être considéré comme malin.

Bi-RADS 6 : Doit être considéré comme malin.

N/B : Pour visualiser les images en scannant le QR ci joint,



CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA
Dr ELMRABET HANAA
RADIOLOGUE
LOTISSEMENT N°11 DEROUA
BERRECHID - Tél: 05 22 03 75 85

DR. TALHA EL MISKI
 Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
 Diplômée de la Faculté de
 Médecine de Casablanca
 Ancien médecin résidente
 Du CHU Ibn Rochd



الدكتور تليح الميسكي
 أخصائية أمراض النساء والتوليد
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
 طبيبة سابقة بالمستشفى
 الجامعي ابن رشد

DEROUA le: 12.02.24.

ORDONNANCE

02 HABIB A QOT AIBRE EP ELNRAI

- Age = 63 ans.
- 3 EV, Allaitement au sein
 pd 1 mois par enfant.
- Devenir il y a 8 ans.
- Examen des seins RAS

cs SVP *Signature*
 CENTRE DE RADIOLOGIE DEROUA
 Dr EL MRABET HANAA
 RADIOLOGIE
 LOTISSEMENT NAIT N°11 DEROUA
 BERRECHID - Tél: 05 22 03 75 85
de poste gr.

Lotissement Nabila Mekhlouf 2 N°262 1er étage Deroua.

تجرتة نبيلة مخلوف 2 الرقم 262 الطابق الأول الدروة

FIX: 05 22 03 78 78 / Urgences : 06 69 96 52 51 / Email: cabinet.dreilmiski@gmail.com