

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 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

Complément
Déclaration de Maladie

N° W19-421865

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ROCHOI M'hamed
 Date de naissance : 14-6-1955
 Adresse : Résidence Walili 7, rue de rane
 CASABLANCA
 Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : 46000 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 : CASA Le : 18/06/2019
 Signé de l'adhérent(e) : [Signature]

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 وأثمنتها بالوصفات المرسل.

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.

الآخطار 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 للاستفادة 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 التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

.....



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 : BASER JANITA : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 1182164 : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 19132610129916 : رقم التسجيل :
N° CIN : B11584734 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن
Adresse : AVENUE DE KONE, RUE ADRESSE ALPH B1 CHATAM, Reg: Wally J. MPT-2, CABA : العنوان :
Montant des frais : 6000 Dhs : مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 3 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BASER JANITA : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : BASER JANITA : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 19132610129916 : تاريخ الإزدياد :
N° CIN : B11584734 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 19132610129916 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : Dr. ALI : نوع العلاجات :
Admission ALD* : ☐ Oui ☐ Non : قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* : : رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : : رمز المرض المزمن :
Soins* ☐ علاجات خارجية ☐ خارجية :
Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق :
Hospitalisation* ☐ استشفاء :
Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Fait à : CABA : حرر بـ :
le : 19132610129916 : في :
Toujours le : 19132610129916 : توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e) :
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :
Fait à : CABA : حرر بـ :
le : 19132610129916 : في :
Toujours le : 19132610129916 : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :
Fait à : CABA : حرر بـ :
le : 19132610129916 : في :
Toujours le : 19132610129916 : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Royaume du Maroc



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

000056764857

Accusé de Réception

N° Réception : 56764857
(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 : 20/05/2019 10:01
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138
Valeur du dossier : 460,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :
Etablissement :



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

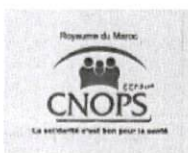
CNOPS



Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter\)](#)[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 2

SOU MIS AU CONTROLE INTERNE 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	460,00	293,00	60,25	353,25
56764857	20/05/2019	BASSIR JAMILA	460,00	293,00	60,25	353,25

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)

☆☆☆☆☆

مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI



Pr. B. FELLAHI
BIOLOGISTE

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE
AU CHU AVICENNE RABAT
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الإجتماعي
لدرب غلف الدار البيضاء

Casablanca le lundi 1 avril 2019

Madame ROCHDI JAMILA NEE BASSIR

FACTURE N°	65587
------------	-------

Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	50	
Cholestérol LDL -----	B	50	
Triglycérides -----	B	60	Total : B 250

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER	360,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE FELLAHI
23-25, rue Abdeslam Khattabi
(ex. Lisbonne) Av. 2 Mars - Casablanca
Tél. 0522 852 919 - 0522 852 676
Fax 0522 852 806

مختبر التحليلات الطبية ب. الفلاحي

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES FELLAHI

Pr. B. FELLAHI

BIOLOGISTE

ANCIEN PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE
AU CHU AVICENNE RABAT
ANCIEN CHEF DU LABORATOIRE DE LA POLYCLINIQUE
DE LA CNSS DE DERB GHALEF CASA

الأستاذ ب. الفلاحي
إحيائي

أستاذ جامعي ورئيس مصلحة سابقا
بالمركز الطبي الجامعي ابن سينا - الرباط
رئيس سابق لمختبر مصلحة الضمان الاجتماعي
لدرج غلف الدار البيضاء

Dossier ouvert le 01/04/19

Edité le 01/04/19

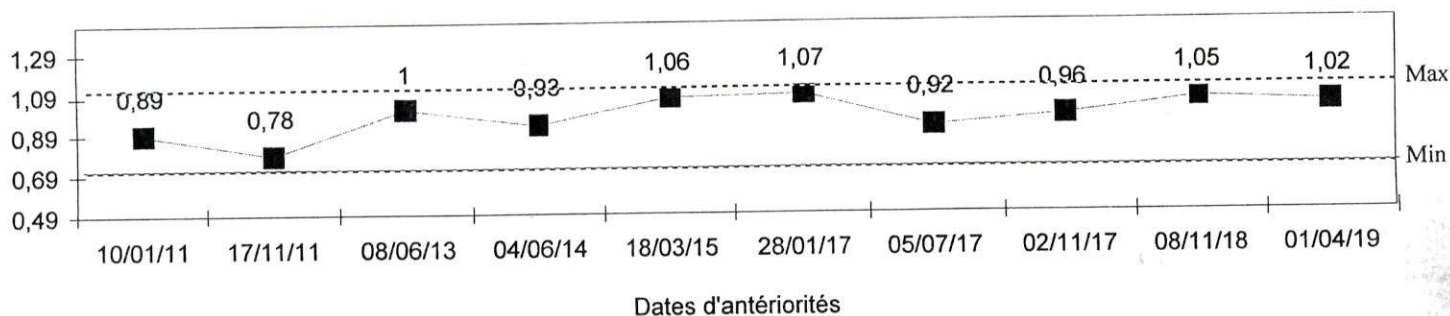
Madame ROCHDI JAMILA NEE BASSIR

Dossier : 19D4

Page : 1

BIOCHIMIE SANGUINE

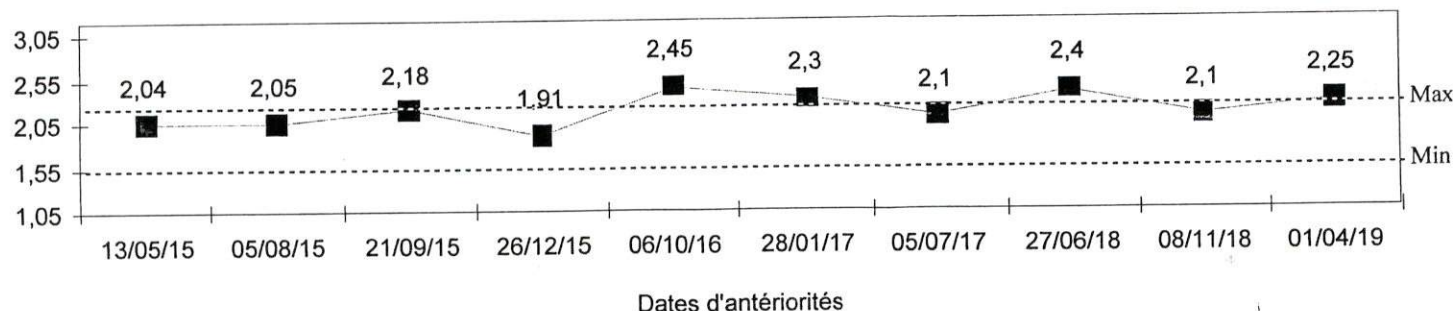
GLYCEMIE A JEUN : 1,02 g/l
Soit : 6 mmol/l
Valeurs usuelles : 0,7 - 1,1
Antériorités : 08/11/2018 : 1,05
6



ACIDE URIQUE : 73 * mg/l
Soit : 435 μmol/l
Valeurs usuelles : 26 - 60
Antériorités : 74
440

ASPECT DU SERUM : légèrement opalescent.

CHOLESTEROL TOTAL : 2,25 * g/l
Soit : 5,80 mmol/l
Valeurs usuelles : 1,5 - 2,2
Antériorités : 2,10
5,41



CHOLESTEROL HDL : 0,40 g/l
Soit : 1,03 mmol/l
Valeurs usuelles : 0,35 - 0,65
Antériorités : 0,9 - 1,67

CHOLESTEROL LDL : 1,55 g/l
Soit : 3,99 mmol/l
Valeurs usuelles : < 1,6
Antériorités : < 4,12

TRIGLYCERIDES : 2,20 * g/l
Soit : 2,51 mmol/l
Valeurs usuelles : 0,4 - 1,4
Antériorités : 3,30
3,77