MMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

énérales :

réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

té de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

te préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, tions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi our tous les actes effectués en série.

s d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de s.

cie :

vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ogie et Biologie :

facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être intes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

n pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de a mutuelle.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

ntaire :

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 : Nº P19-0017610

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01177 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AÏJJOU Fatteoumo Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Complément Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

MUPRAS ACCUEIL 16 SEP. 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RADI Hajar Age : 26 ans

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 : **Le :** / /

Signature de l'adhérent(e) :

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 وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التعاضدية 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.

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.

Cachet et signature de la mutuelle — توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :.....

Date de dépôt du dossier : | | | | | | | | — تاريخ الإيداع :

CNOPS

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 : RADI El Mostapha — الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 2446310 — رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 43131014113 — رقم التسجيل :

N° CIN : B112898 14 — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* — علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ( ) زوج Enfant (X) ابن

Adresse : 113, rue 28 Alia 2 Oulfa Casablanca — العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 930,91 — مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : — عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant — تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : — المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : RADI HAJAR — الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 1993 — تاريخ الازدياد :

N° CIN : — رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ( ) ذكر F (X) أنثى — الجنس* :

Identification du médecin traitant — تعريف الطبيب المعالج

N° INP 1 1 5 1 3 6 3 5 — الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins — نوع العلاجات

Maladie * (X) مرض *

Maternité * ( ) أمومة *

Hospitalisation * ( ) أستشفاء *

Accident * ( ) حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non — تم تقديم الظرف المغلق * :

Date de grossesse : — تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : — التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation : — تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident : — تاريخ الحادث :

Causes : — أسباب الحادث :

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

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : — حرر بـ :
le : — في :
توقيع و طابع 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

La vente de cet imprimé est formellement interdite — يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

description des actes effectiés — وصف العمليات المجراة

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 و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
11/4/	2019		CV	150	

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الأحياء، 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 و طابع طبيب الأشعة أو الأحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
15/04/19	B 290			330,50	
TG: 51485800		INP : 09 7 M 163968			
		INP :			
		INP :			

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
11/04/19	450,40	PHARMACIE SALAHEDDINE SELMA HASSOUNI 756, Boulevard Ouad Sebou Tél: 05 22 90 50 06 - Casablanca
	INP :	
	INP :	
	INP :	

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
		INP :			
		INP :			
		INP :			

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INARA
Dermatologie

Royaume du Maroc

CNOPS

MR EL MOSTAPHA RADI
N 113 RUE 28 ALIA 2 EL
OULFA
CASABLANCA
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

000056860514

Accus de Rception

Nø Rception : 56860514
(Nø rappeler pour toute correspondance ultrieure)

Nom et Prnom Assur : RADI EL MOSTAPHA
Immatriculation : 43304513 / 040097263
Nom et Prnom Bnficiaire : RADI HAJAR
Rang Bnficiaire : 31

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 24/05/2019 9:49
Lieu de rception : CASA SIEGE 40125
Valeur du dossier : 930,91
Nombre de pices : 7
Code Agent : M4M0273

Code Etablissement :
Etablissement :

AMO

Derma- Inara

Royaume du Maroc
CNOPS
La solidarité n'est bon pour la santé

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 | EN COURS DE TRAITEMENT 1 | PAYE | NON PAYE 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 3	-	15/07/2019	Virement	-	5 057,92	1 922,46	396,55	2 319,01
56860514	24/05/2019	Payé en : 51 jours		RADI HAJAR	930,91	401,66	74,85	476,51

المملكة المغربية
Royaume du Maroc

الضمان الاجتماعي
CNSS
Le devoir de vous protéger

وصفة
ORDONNANCE

مصحة
POLYCLINIQUE

الإنارة II
INARA II

le 11 AVR. 2019

PHARMACIE SOLIDARITE
BELLAN Fr. SOLIDARITE
Tél. : 05 22 54 [illegible]
[illegible] - CASABLANCA

KADI HAJAR

4520 1/ Mycostéroïde
olapy x 2/j en intercalé

32100 2/ Locéryl solution

8420 olapy x 2/ sur ongles atteints

3/ Des sparadrap pour protéger plus de sécrétion chaussures

4750,40

Dr BAKKA Mouna
Dermatologie-Vénérologie
Médecine Esthétique
Casablanca

Boulevard Al Qods, Inara II, Ain Chok - CASABLANCA
Tél.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

المملكة المغربية
Royaume du Maroc

الضمان الاجتماعي
CNSS

مصحة
POLYCLINIQUE

وصفة
ORDONNANCE

الإنارة II
INARA II

le 11 AVR 2019

Laboratoire Généralab
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaa El Oulfa - Casa
Tél.: 05 22 93 10 60/61 - Fax: 05 22 93 10 61
Patente : 25061...

RADI HAJAR.

Faire svl 6

Laboratoire Généralab "Oum RABIA"
E 1150419008
RADI Hajar
DN: 01/01/1993
NFS

- NFS + G9

- ASAT, ALAT, LM, BGT.

Dr BARKA Houna
Dermatologie-Vénérologie
Médecine Esthétique
Casablanca

Boulevard Al Qods, Inara II - Aïn Chok - CASABLANCA
Tel.: 0522 21 30 90 - 0522 21 30 93 - Rendez-vous : 0522 50 45 13 - Fax : 0522 50 48 06

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"
Docteur Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste
Téléphone :05 22 93 10 60/0522905937/ Fax :05 22 93 10 61
Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202
Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rcc Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca, geneclab2@gmail.com
ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE : 097163968 - IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 18/04/2019

Facture N° 150419-008 **du** 15/04/2019

CNOPS

N°Bon de soin Mle

Patient :Mlle RADI Hajar

Analyses	Valeur en B	Montant
HEMOGRAMME:valeurs correspondantes à l'âge	80	88,00
SGOT/ASAT aspartate aminotransférase	50	55,00
SGPT/ALAT alanine-aminotransférase :	50	55,00
GGT (Gamma glutamyl transférase)	50	55,00
PHOSPHATASES ALCALINES	60	66,00
Total B	290	319,00
APB	1,0	11,51
Total		**330,51**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **Trois cent trente dirhams 51 centimes*****

Laboratoire Genelab Oum Rabiaa M. BENAZZOUZ Rés. Abouab Oum Rabiaa El Oulfa - Casa Tél.: 05 22 93 10 60/61 - Fax: 05 22 93 10 61 Patente : 35051078 ICE : 001084109000068

POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
Bd El-Qods Cité Inara 20150 CASABLANCA
Tél : 0522-21-30-90 (L.G) Fax : 0522-50-48-06
RDV : 0522-50-45-13
INPE: 090001520 ICE: 001757364000080 IF: 1602058

0 9 0 0 0 1 5 5 3

1

N° IPP : 801090	N° SEJOUR : 190016872	FACTURE N° 1902007647	DATE D'ENTREE : 11/04/2019 DATE DE SORTIE : 11/04/2019
ASSURE :			DESTINATAIRE : RADI,Hajar
MALADE : RADI,Hajar		UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI	
NOM JEUNE FILLE :		N° IMMAT C.N.S.S :	
TIERS PAYANT 1 :		N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE :	
TIERS PAYANT 2 :			
REF. PC 1 :	REF. PC 2 :	N° SE. SOC. ETRANG. :	

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
CONSULTATION DE MEDECIN.										
CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 46209 DR BARKA MOUNA	TOTAUX :	150.00					150.00
Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS	PLAFOND PC :					ACOMPTE:	
	REMISE : 0.00	REGLE :				AVOIR :	
	RESTE DU: 150.00						

DATE FACTURE : 11/04/2019 EDITEE LE : 11/04/2019 PAR: LAKHDA

VISA

LAKHDA Samia
Caissière Auxiliaire
Polyclinique CNSS-INARA

ACCIDENT DE TRAVAIL :

N° DE POLICE : DATE AT :

Réglement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - INARA
BANQUE : BMCE - INARA
N° compte bancaire : 011.780.0000 54 210 00 60 016 91