

## 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.



**MUPRAS**

Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-590707

Complément

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 : 24 / 11 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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



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 le praticien 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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 وانتمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي 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 للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع المتعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

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 : **BASSIR JAMILA**  
N° Affiliation : **118211616**  
N° Immatriculation : **191312100121916**  
N° CIN : **B15104734**  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* :  
Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن  
Adresse : **ANGLE RUE DE POINTE RUE MOUSSALAM ALKHATTABA, WALILI 3 MIL 8 CARA.**  
Montant des frais : **1606,38** Dhs  
Nombre de pièces jointes : **5**  
الإسم العائلي والشخصي :  
رقم الإنخراط :  
رقم التسجيل :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\* :  
العنوان :  
مبلغ المصاريف :  
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins  
Nom et prénom : **Mme BASSIR-JAMILA**  
Date de naissance : **14/10/1968**  
N° CIN : **B15104734**  
Sexe\* : **F** ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ M  
المستفيد من العلاجات :  
الإسم العائلي والشخصي :  
تاريخ الإزدياد :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
الجنس\* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **9110034692**  
Type de soins :  
Maladie\* ☐ مرض\* ☐ Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non  
Maternité\* ☐ أمومة\* ☐ Date de grossesse :  
Date prévue d'accouchement :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* ☐ Date d'hospitalisation :  
Date d'accident :  
Causes :  
أسباب الحادث :  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **CASABLANCA**  
le : **11/11/2020**  
ني :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **CASABLANCA**  
le : **11/11/2020**  
ني :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة  
fs médicaux tourna

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

١٠ الأمانة والصور

[illegible]

### Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]



Prélèvement du : 26-10-2020  
au labo à 09:32  
Demande N° : 201026037  
Edition : 28-10-2020

**Mme BASSIR Jamila**  
Prescripteur : Dr AJBABDI Malika

## HEMATO-CYTOLOGIE

### VITESSE DE SEDIMENTATION

**VS 1ère heure**  
(Méthode de Westergreen)

25 mm

Valeur de référence VS 1ère heure: Homme (VS < âge/2), Femme [VS < (âge+10)/2]

## BIOCHIMIE SANGUINE

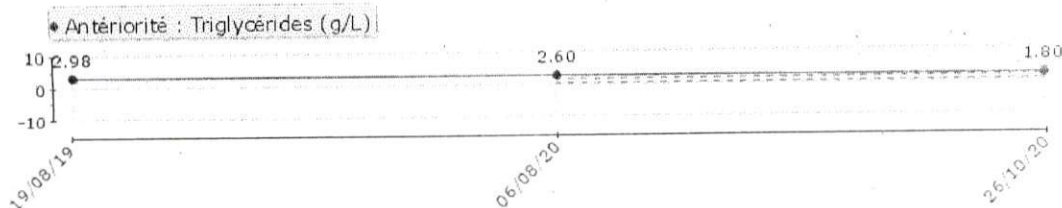
06-08-2020

### Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche)

1,80 g/L (0,35-1,50)  
2,05 mmol/L (0,40-1,71)

2,60



### Ferritine

(Technique ECLIA - Roche)

126,1 ng/mL (15,0-150,0)

### 25OH-Vitamine D total (D2+D3)

(Immunofluorescence ELFA - Vidas)

37,4 ng/ml (30,0-100,0)

#### Valeurs de référence :

- Carence: < à 10 ng/ml
- Insuffisance : entre 10 et 29 ng/ml
- Suffisant : entre 30 et 100 ng/ml

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI



TEGUMA  
Crème 30 g

LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
20 AOÛT

**Ouvert 24/24H et 7/7J**



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablar  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

**FACTURE N° : 201026037**

Casablanca le 26-10-2020

CNOPS NATIONALE DE SECURITE SOCIALE :

**Mme Jamila BASSIR**

Date de l'examen : 26-10-2020

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B17
0154	Ferritine	B250
0134	Triglycérides	B60
0439	Vitamine D	B450
0223	VS	B30

Total des B : 807

TOTAL DOSSIER : 1081.38 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre-vingt-un dirhams  
trente-huit centimes

*[Signature]*  
Dr Jaouad TOUZANI  
Casablanca  
26-10-2020

**La Qualité est notre souci permanent**

18 Rue LAMARCA



Susceptor DS en

1 app 15

Ephraïm bisca attente

70,00 10 pte / 10 pte

1 app 15

205,00 1 app 15

Onixine

1 app 15

Hyatran filler vit c per

205,00 1 app 15

1 app 15



LOT: 200622  
PER: 05-22  
PPV: 70,000



Lot N° / BN° : 26553F/3

Fab / Mfg : 06 2019

Per / Exp : 06 2021

PPV: 205,00 Dhs

AMM: 404/17DMP/21NNP

06610736

**Docteur Malika AJBABI**  
 DERMATOLOGUE VENEREOLOGUE  
 Spécialiste des Maladies de Peau  
 des Ongles du Cuir Chevelu  
 Maladies Sexuellement Transmissibles  
 Cosmétologie



الدكتورة مليكة أجبابدي  
 إختصاصية في الأمراض الجلدية  
 الجلد الأظافر  
 الشعر والأمراض التناسلية  
 الطب التجميلي

Casablanca, le : 19.10.20

Dr. Malika  
 28, Bir Ri  
 Angia Rue  
 Tel : 33

Infect

1 cap 15 pdt 1x

1 cap 15 pdt 1x

Préparation

{ 8 capsules 1500mg : 1 flacon  
 8 capsules 1500mg : 1 flacon

1 cap 15 pdt 45

1/2 pdt 85

2 fls → 25

1 fls → 25

## Cosmétologie

*DV*

الطب التجميلي

Casablanca, le : 19.10.20.

me BASSIR Janta

5  
brick roads

1.0-Δ

→ G

1. **Dr. TOUTANI**  
 2. **Medicine**  
 3. **Préfecture**  
 4. **Casablanca**

الداء السضاء أنفا - الهاتف : 13



(Aucun objet)

mhammed rochdi <mhrochdi1955@hotmail.com>

Mar 24/11/2020 10:37

À : mhammed rochdi <mhrochdi1955@hotmail.com>

Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▼

Information

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

**Nb.Dossier(s)**

**Date de réception**

**Bénéficiaire**

**Frais engagés**

**AMO**

2

-

-

3 562,16

2 099,24

64454671

12/11/2020

BASSIR JAMILA

1 606,38

908,96

64454703

12/11/2020

BASSIR JAMILA

1 955,78

1 190,28

4



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

000064454671

Accusé de Réception

N° Réception

64454671

(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 : 12/11/2020 11:46  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136  
Valeur du dossier : 1606,38  
Nombre de pièces : 5  
Code Agent : 9MGE072

Code Etablissement :  
Etablissement :