

# 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



## Déclaration de Maladie

M22- 0053817

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve d'H. Baghen 179  
Nom & Prénom : Bouhaik Saida épouse Baghen 179  
Date de naissance : 16/07/1955  
Adresse : 64, Leht Salama Sidi Maanef Rue 28 casa  
Tél. : 0641734124 Total des frais engagés : 601, 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 :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

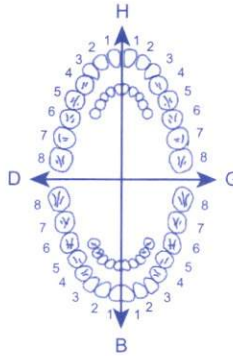
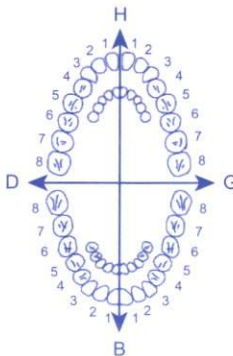
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



à suivre

تعليمات يجب اتباعها

une feuille de soins par personne et  
nement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل  
حدث.

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 وأتمنتها 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 التعريف  
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.

توقيع وطابع التضامنية  
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

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) (لها) خاص بالمؤمن له

Nom et prénom : BOUHAT K SAIDA الإسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 1218031418 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 115247711405 رقم التسجيل :  
N° CIN : 1218110118 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* :  
Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن  
Adresse : Gly det d'assurances, Sidi Maachouf العنوان :  
Montant des frais : 604 درهم Dhs مبلغ المصاريف :  
Nombre de pièces jointes : 2 p. + prospectus عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : BOUHAT K SAIDA الإسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 11/06/1995 تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : 1218110118 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : ☐ ذكر ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP : 091039412 الرقم الوطني الاستدلالي للممارسين  
Type de soins : 119, Bd El Anzarane نوع العلاجات :  
Maarif - CASABLANCA  
Maladie \* ☐ مرض \* Pl confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق\* :  
Maternité \* ☐ أمومة \* Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المتوقع للولادة :  
Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Accident \* ☐ حادث \* Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : ..... حرر بـ :  
le : 19/06/2019 في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : ..... حرر بـ :  
le : 19/06/2019 في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

119, Bd El Anzarane  
Maarif - CASABLANCA

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الشن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	35A,30	19/12/ 2018
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		

[illegible]



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 2

EN COURS DE TRAITEMENT 7

PAYE

NON PAYE 1

① 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	-	16/06/2020	Virement	-	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30
61824540	20/04/2020	Payé en : 56 jours		BOUHAÏK SAIDA	1 345,00	1 122,80	8,50	1 131,30
- 1	-	11/05/2020	Virement	-	700,00	120,00	5,00	125,00
61703870	21/04/2020	Payé en : 20 jours		BOUHAÏK SAIDA	700,00	120,00	5,00	125,00
- 2	-	26/02/2020	Virement	-	1 654,60	1 109,56	40,95	1 150,51
60674221	27/01/2020	Payé en : 30 jours		BOUHAÏK SAIDA	392,60	164,96	32,45	197,41
60674204	27/01/2020	Payé en : 30 jours		BOUHAÏK SAIDA	1 262,00	944,60	8,50	953,10

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

page  
601,00

---

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de La Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوويل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>me</sup> BOU HAÏK Saida

Casablanca, le : 19/12/18.

6,80x3

LEVOTHYROX 25

1cp le matin - 07h

PRETZAN 200 149,20x12

1cp 1j

Kandef 75 1 midi

Pharmacie AL ABE  
Dr. Saida CHRAÏBI  
48, Bd. El Hassan  
Sidi Maatouk, Casablanca  
Tél: 05 22 67 40 65

18 Dure F 1 dose tous les 2 mois, en  
hiver, tous les 3 mois en été

6 mois 12-02-04-07-101.

32,50

BYNOR

1 cuillère après repas du midi et soir

T = 35,1/30

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE

119, Bd. BIR ANZARANE

Maârif - CASABLANCA

119, شارع بئر انزران - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

Tél.: 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr

PPV 149 DH  
PER 05/2  
LOT H1156

**PREZAR 100mg**  
Losartan  
28 comprimés pelliculés



6 118000 041337

49 DH 20  
PPV  
PER 06/21  
LOT H1513

**PREZAR 100mg**  
Losartan  
28 comprimés pelliculés



6 118000 041337

**COOPER PHARMA**

PPV : 6,80 DH



6 118001 102006

**COOPER PHARMA**

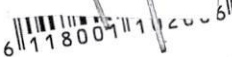
PPV : 6,10 DH



6 118001 102006

**COOPER PHARMA**

PPV : 6,80 DH



6 118001 102006