

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



Déclaration de Maladie

N° W19-506169

148950

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12307 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD

Date de naissance : 08/01/1987

Adresse : Quartier ALMAZ, Amlan 2, FF32 Casablanca

Tél. : 06 66 123 149 Total des frais engagés : 407,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SANAA EL MALYH Age :

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

Nature de la maladie :

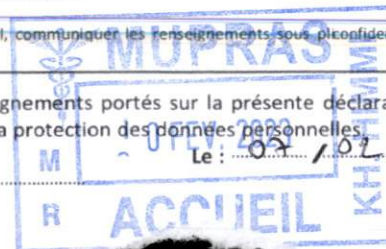
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le : 02/02/2023

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

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
				INP : <input type="text"/>

[illegible]

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

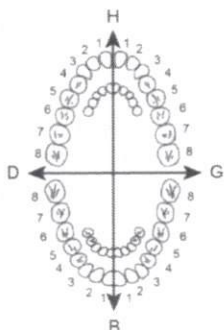
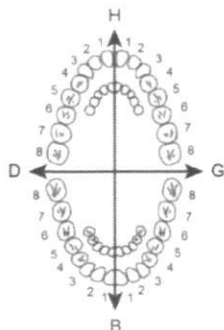
[illegible]

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	INP : <input type="text"/>														
				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"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	[Création, remont, adjonction] 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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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](#)[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
- 2	-	02/02/2023	Virement	-	2 203,90	662,80	128,20	791,00
78077722	19/12/2022	Payé en : 45 jours		EL MALYH SANAA	1 796,40	542,80	98,20	641,00
78077757	19/12/2022	Payé en : 45 jours		EL MALYH SANAA	407,50	120,00	30,00	150,00
- 1	-	31/12/2022	Virement	-	534,80	163,47	48,63	212,10
77254073	04/11/2022	Payé en : 57 jours		EL MALYH SANAA	534,80	163,47	48,63	212,10
1	-	16/09/2022	Virement	-	3 140,45	2 406,02	0,00	2 406,02
2	-	15/09/2022	Virement	-	3 713,40	2 093,17	627,93	2 721,10
2	-	01/09/2022	Virement	-	1 645,20	947,63	363,27	1 310,90
1	-	30/07/2022	Virement	-	550,00	340,00	85,00	425,00
-	-	-	-	-	-	-	-	-

0665968954

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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.

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماجدية التي تختصمونها 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظلمات 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)

الاسم العائلي والشخصي : **ELMALYH SANAA**
N° Affiliation : **385534** رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **910774** رقم التسجيل :
N° CIN : **BK358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* :
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **407,50** مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : **ELMALYH SANAA**
Nom et prénom :
Date de naissance : **29/07/89** تاريخ الميلاد :
N° CIN : **BK358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ الجنس :
M ☒ F

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **061007116** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * ☐ مرض * Pli confidentiel remis* : ☒ Oui ☐ Non :
Date de grossesse : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : تاريخ الحادث :
Accident * ☐ حادث * Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **الرياض** حرر بـ :
le : **19 DEC 2022** في :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)
Cachet - Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement 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 منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيعات وطابع التماجدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :

description des actes effectués

وصف العمليات المجرىة

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
09/11/11	C1			100000	Dr. Laïla Zouggari Gynécologue Obstétricienne Nassima 8d. Anoual - Etage 102 22 86 44 44 - 0662 15 05 10

CIM - 10

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

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/12/22	207,50	PHARMACIE CASVIEW Dr Othmane BENNOUNA Centre commercial Casaview Nassim islane - Casablanca tel: 0522 69 64 64 WTSF: 0619 13 50 00

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

LOT: 2210006
FAB: 10/2022
EXP: 10/2025
PVC: 123.0000

Scannez moi



عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

المبلغ المفوتر
Montant facturé

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou
Biologiste



BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

Fer micronisé et micro-encapsulé
Absorption maximale

30 Célules

Préparé et distribué par:
ALTH INNOVATION
Rue Racine Vaillieur, Maarif, Casablanca
2522 23 22 51
tact@althinnovation.ma
w.althinnovation.ma
SSA N°: CAPV 59 217 19
Enregistrement au ministère de la santé:
20202002312DMP / 20UCA / V1

BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

COMPOSITION (par gélule) :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé (Lipofer), agent de charge.

الدكتورة ليلى زواد

أخصائية أمراض النساء والتوليد

مراقبة الحمل - التوليد

أمراض النساء - أمراض الثدي

عقم الزوجين - الفحص بالصدى

Docteur Laila ZOUAD

Gynécologue - Obstétricienne

Suivi de grossesse - Accouchement

Gynécologie - Maladies du sein

Stérité du Couple - Echographie

Casablanca, le : 08/12/22 الدار البيضاء في

M^{re} ELMALY H Sena
123,00
1) Biomental

84,50
2) Zetaxa
1 tube coule. ant la kille.

3) Celeste 4mg
3ampul eu 20. (12mg).

207,50
Dr. Laila ZOUAD
Gynécologue Obstétricienne
30. Nassima Bd. Anoual 1^{er} Etage N° 12
Tél: 0662 15 05 19
0522 86 42 44

30 شارع أنوال، إقامة نسيمة - الطابق 1 رقم 12 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.86.42.44 - البريد الإلكتروني : Dr.zouad@gmail.com

30 Bd. Anoual, Rés. Nassima - 1^{er} étage, Porte 12 - Casablanca - E-mail : Dr.zouad@gmail.com - Tél.: 05 22 86 42 44

En cas d'urgence : 06 62 15 05 19 : المستعجلات

PPC : 84,50 DH

préférence avant le : 04/2027

Lot : 028

LOT

Validité 5 ans
La date de péremption se réfère
au produit intégré,
conservé correctement.

CE

QUAN UTILISER ZETALAX DM[®] MICROLAVEMENT :

- Appuyer à fond sur le microlavement
- Extraire la canule sans relâcher la pression sur le tube, pour ne pas aspirer à nouveau le liquide
- Lire la notice avant utilisation. Conserver hors de portée des enfants.

Zetax DM[®]
microlavement

Zetax DM[®] Microlavement agit mécaniquement au niveau du rectum et n'a pas d'interaction avec les
Les ingrédients contenus dans le microlavement garantissent le
Conserver hors de portée des enfants.

COMMENT UTILISER CE PRODUIT :

Dispositif médical classe 1. Autorisation ministère de la santé n° : 860/16116/2016/ DMP/20/DM

Fabricant
Zeta Farmaceutici S.p.A.
Via Galvani, 10
Sandrigo (VI)
ITALY

Importé au Maroc par :
Laboratoires IRCOS
N°109 Q1 sidi ghanem
40000 MARRAKECH

Distribué au Maroc par :
MEDIPRO Pharma
100, rue Brahim Annakhai,
20370 - Casablanca -



MEDIPRO
PHARMA

Zetax DM[®]