

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

N° W19-506167

14 89511

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD

Date de naissance : 08/01/1987

Adresse : Quartier ALMAZ, Anba 2, RF 32 Casablanca

Tél. : 0666 123 145 Total des frais engagés : 534,80 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 : 07/02/2023

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
				INP : [][][][][][][][][][]

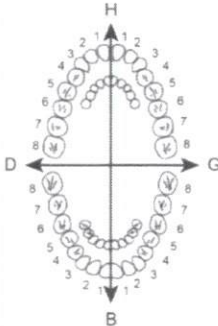
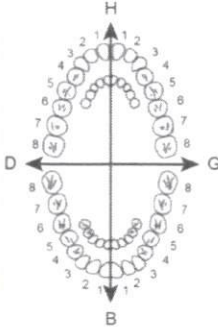
[illegible][illegible][illegible]

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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
	<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>D</th> <th>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	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	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

Docteur Laila ZOUAD

Gynécologue - Obstétricienne

Suivi de grossesse - Accouchement
Gynécologie - Maladies du sein
Stérilité du Couple - Echographie



UTROGESTAN 100mg Progestérone
UTROGESTAN 200mg Progestérone

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de
ce médicament
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez
d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez
à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela
lui être nocif.
Si l'un des effets indésirables suivants

Casablanca, le 09/09/2019 في الدار البيضاء

M^{me} SELHALYH Samia

1) Boiron montiel

123 x 2

1 mg x 80

2) Azelgine

88,80

1) utrogesteron 200

334,80 x 1 cp 15 le h
au milieu

UTROGESTAN® 200 mg
Progestérone
15 Capsules molles orales ou vaginales
PROMOPHARM S.A.
900461
6 11 8001 260409

Ingrédients :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé
(Lipofér); agent de charge: amidon de maïs;
anti-agglomérant: stéarate de magnésium;
Lubrifiant: talc; capsule végétale en HPMC
(hypromellose)

Ingrédients :

Substance active: Fer micronisé et microencapsulé
(Lipofér); agent de charge: amidon de maïs;
anti-agglomérant: stéarate de magnésium;
Lubrifiant: talc; capsule végétale en HPMC
(hypromellose)

Dr.zouad@gmail.com : البريد الإلكتروني - 05.22.86.42.44 : الهاتف - الدار البيضاء - الطابق 1 رقم 12 - إقامة نسيم - 30 شارع أنوال, Rés. Nassima - 1er 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

BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

INNOVATION

Fer micronisé et micro-encapsulé
Absorption maximale



LOT: 2205009
FAB: 05/2022
EXP: 05/2025
PVC: 123.00DH



Scannez moi

30 C

BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

Fabriqué en France
HEALTH

10 Rue Racine
+212 522 21 21
contact@health
www.health
ONSSA N°:
N° Enregistré
DA2020200

FORME ET PRESENTATION :

Gélule, Boîte de 30.

COMPOSITION (par gélule) :

BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

Food supplement, is not a medicine.

30 Gélules

BIOMARTIAL

LIPOFER[®]
microcapsules

INNOVATION

Fer
Abs

amidon de maïs ; anti-agglomérant : stéarate de magnésium ; Lubrifiant : talc ;
capsule végétale en HPMC (hypromellose).

PROPRIETES :

BIOMARTIAL est à base de Lipofer.

Le fer est un oligo-élément nécessaire à notre organisme.
il contribue notamment :

À la synthèse de l'hémoglobine qui assure le transport de l'oxygène,
Au fonctionnement normal du système immunitaire,
À réduire la fatigue.

30 C

LOT: 2205013
FAB: 05/2022
EXP: 05/2025
PVC: 123.00DH



Scannez moi

وصف العمليات المجراة

[illegible]

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 المفقوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معلن الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
05/09/20	334,80	<p>092094499</p> <p>PHARMACIE CASAVIEW Commande et Casaview Casablanca Tél: 0619 1330 00 Fax: 0619 1330 00</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، 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 الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

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
NGAP					
NGAP					
NGAP					

066596 8954

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 التعاقدية 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.

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 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)

Nom et prénom : **ELMALYH SANAA** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **385534** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **910776** : رقم التسجيل :
N° CIN : **BK358278** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse :

Montant des frais (Dhs) : **534,80** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **1** : عدد الوثائق المرفقة :
Déclaration du médecin traitant : تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **ELMALYH SANAA** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : **ELMALYH SANAA** : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **29/07/89** : تاريخ الزيداد :
N° CIN : **BK358278** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** ذكر ☐ أنثى ☒ F

Identification du médecin traitant : تعريف الطبيب المعالج :
N° INP : **06100 7116** : الرقم الوطني الاستدالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* : مرض* : 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 :
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 : **حرب** :
le : **29/07/2022** :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)
أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **حرب** :
le : **29/07/2022** :
توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien
* Chercher la mention utile pour chaque case
La vente de cet imprimé est formellement interdite
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع
Gynécologue
Tél. 30 Rés. N° 18
Tel.: 0522 86 42

Cachet et signature de la mutuelle : توقيع وطابع التعاقدية :
O.M.F.A.M.
04 NOV. 2022
Arrivée Hay Hassani
Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

[Ma Situation](#)[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](#)[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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

[Assurés](#) | [Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

© CNOPS - 2003 - Tous droits réservés
Réalisation: SGE