

# 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



Pour COMPLÉMENT  
Déclaration de Maladie

M22- 0015765

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : PAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahed  
Date de naissance : 21.04.1951  
Adresse : Résidence AL Manar Imm P. App 1-G  
Av. BIL AN ZARANE EL JADIDA  
Tél. : 0661 238470 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :  
Nom et prénom du malade : BELMINE KHANISA 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 : EL JADIDA Le : 15 / 04 / 2023  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Pour COMPLÉMENT



### 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

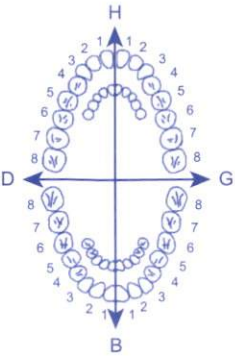
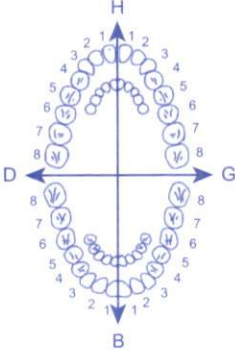
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

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 وأتمنتها بالوصفات المرسلّة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 للمضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية	Cachet et signature de la mutuelle
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيدع : .....</p>	



## 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 : BELAMINE KHADJA : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 297143 : رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 932 805 742 : رقم التسجيل :  
N° CIN : B 428419 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*  
Conjoint زوج Enfant ابن  
Adresse : RESIDENCE AL MANAR Imm. P Apt 6 : العنوان :  
AV. BIR ANZARANE EL JADIDA  
Montant des frais (Dhs) : : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BELAMINE KHADJA : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 1908/5/7 : تاريخ الازدياد :  
N° CIN : B 428419 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : M ذكر F أنثى : الجنس :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 111244281 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : نوع العلاجات :  
Maladie \* X \* مرض :  
Maternité \* \* أمومة :  
Hospitalisation \* \* استشفاء :  
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 :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : <u>EL JADIDA</u> : le : <u>08 03 20 23</u> : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>EL JADIDA</u> : le : <u>08 03 20 23</u> : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	---

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أنشط الخانة



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جاء 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 و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
8/03/23	716,10 112035/102	Pharmacie Jahlia D. Maria Ishidi A. S. El Nahj Al Rif 05 23 35 26 70

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

### 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



BELAMINE, KHADIJA ID:08/03/23 01

08/03/2023 10:31:26

66 bpm







Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#) [Régime d'assurance](#) [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

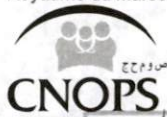
Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	05/04/2023	Virement	-	966,10	589,34	97,49	686,83
79638933	09/03/2023	Payé en : 27 jours		BELAMINE KHADIJA	966,10	589,34	97,49	686,83
1	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29
1	-	30/10/2022	Virement	-	1 437,10	925,64	198,20	1 123,84
1	-	01/08/2022	Virement	-	907,10	503,04	92,55	595,59
1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09

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

★★★★★

MME BELAMINE KHADIJA  
RES L MANAR IMM P APT 6  
AV BIR ANZARANE

**Accusé de Réception**

EL JADIDA PRINCIPAL  
24000

N° de Dossier :

79638933

Date et heure : 09/03/2023 10:19

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELAMINE KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

EL JADIDA 90812

Valeur en Dirhams :

966,10

Nombre de pièces :

8

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE323

Nom Etablissement :

**Dr. CHIBANE Sara**  
Cardiologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Echocardiographie de l'université de Bordeaux-France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien médecin interne du CH Louis Pasteur, Chartres-France



**الدكتورة شيبان سارة**  
أخصائية أمراض القلب و الشرايين

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم الفحص بالصدى للقلب من جامعة بوردو، فرنسا
- طبيبة داخلية سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقا بمستشفى لويس باستور شارتر بفرنسا

El Jadida le : 08/03/23

Mme Beramine Khadija

1) Coumavum 515mg  
208,00  
x(3)



Pharmacie Jahidi  
Dr: Maria Jahidi  
Sangle Nahj Al Rif  
Tél: 23 35 26 70

2) Waridogic  
30,70  
x(3)



traitement de 03 mois

716,10

11, Bd Kassem Zhiri (ex Allal El Fassi), Résidence Noussair, 1<sup>er</sup> étage, Appt n°5, hay Al Matar  
(à côté café Le Maréchal) El Jadida.

Tél. : 0523802770 | e-mail : dr.sara.chibane@gmail.com



**COVERAM** 5mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine  
30 comprimés

6 118001 130078

**COVERAM** 5mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine  
30 comprimés

6 118001 130078

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 22E007  
PER : 06 2024

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 22E008  
PER : 09 2024

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70  
6 118000 061847

LOT : 22E007  
PER : 06 2024

**COVERAM** 5mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine  
30 comprimés

6 118001 130078