

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



Complément dossier épouse
Déclaration de Maladie

N° M20- 0005512

159833

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : royal air maroc
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : retraite
Nom & Prénom : SABIRI BOUZZAS
Date de naissance : 10/02/1960
Adresse : 86 Lotissement Abderrahmane
Medouna - Casablanca
Tél. : 0676041956 Total des frais engagés : 27859300 - 308590 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2023
Nom et prénom du malade : ENJARBALI Amine Age : 62
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : voir dossier ci-joint
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 : MEDOUNA

Le : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

bouazzasabirio@gmail.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

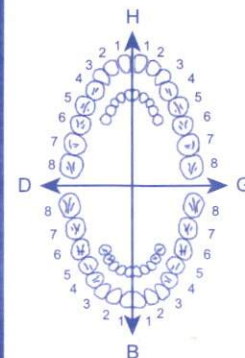
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G
35533411 11433553
B

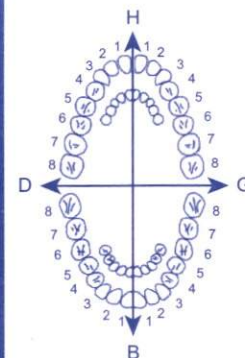
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DETAIL DU SINISTRE

POLICE..... 2000GRP0001380
ADHERENT..... EDDARBALI AMINA
CERTIFICAT..... 861988
LE PATIENT..... EDDARBALI AMINA
CATEGORIE..... AS
C. I. N.....

MEDECIN TRAITANT:
VILLE MEDECIN TRAITANT:

N° D'EMISSION

Date retour du règlement

du

Date restitution

Date réactivation

DECLARATION N°

CONSULTATION MEDECIN DU

RECUE A LA COMPAGNIE LE...

NATURE DE LA MALADIE.....

FRAIS ENGAGES.....

SINISTRE N°.....

REGLE LE.....

MODE DE REGLEMENT.....

N° DE COMPTE

VILLE.....

71033814 X

21/01/2023

24 / 02 / 2023

HTA

3085.00

0024469402

6/03/2023

PAR VIREMENT

350810000000000637569727

SORT..... RVAC

CODE PRESTA	PRESTATION	Nombre	FRAIS ENGAGES	MONTANT NON REMB.	REGIME DE BASE	REMB. COMPAGNIE
623	CONS SPEC JOUR C2		300.00		125.00	100.00
900	PHARMACIE		2785.00		2785.00	
			3 085.00		2 910.00	100.00

CORRESPONDANCES DOSSIER

RETOUR ECRAN PRECEDENT

16:17

49%

cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

1



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

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	-	02/05/2023	Virement	-	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90
79316877	21/02/2023	Payé en : 70 jours		EDDARBALI AMINA	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[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	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدى أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/01/23	2785,90	Pharmacie NASR ALLAH Mr MAAMAR Jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 Mediouna
	INP : 092044957	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
<div style="text-align: center;">INP : </div>					
<div style="text-align: center;">INP : </div>					
<div style="text-align: center;">INP : </div>					

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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 وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

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.

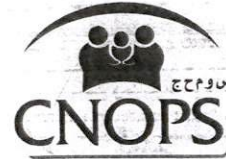
Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيدع :



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 : Eldarbali - Amina : الإسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 3151016 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 9101014 : رقم التسجيل

N° CIN : 8728761 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : Lot Abderrahim I N° 86 Medlouna : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 3085,90 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Eldarbali - Amina : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الإزدياد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 094002426 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* : ☒ مرض* : ☒ Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non

Maternité* : ☐ أمومة* : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* : ☐ استشفاء* : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* : ☐ حادث* : تاريخ الاستشفاء :

Causes : : تاريخ الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 20/06/2023 حرر ب :

Fait à : 21/06/2023 حرر ب :

le : 20/06/2023 في :

le : 21/06/2023 في :

توقيع المؤمن له (لها)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e)

Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

254 AV. ... ANAM III

* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا المطبوع

Dr. ADNAN Khalid

Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.: 05 22 55 41 08

Mobile: 06 66 25 12 44 Whatsapp

Fax: 05 22 55 41 12

Email: kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 21/01/2023

Mme Amina EDDARBALI

62 ans

98.10 x 2
27.70
244.60 x 2
316.00 x 2
49.40 x 2
146.00 x 2
479.00 x 2

1) COSYREL 5/10

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

2) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois

3) ROZAT 20 MG CP

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois

4) PLAVIX COMPRIME PELLICULE À 75 MG BTE 28 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

5) AMEP COMPRIME À 5 MG BTE 28 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois

6) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et à midi, pendant 3 mois

7) JARDIANCE 10 MG

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

7 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

2785.90
Dr. Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 AV Mohamed Bouziane Salam IV
Sidi Othmane - Casablanca
Tél: 22 55 41 08

Pharmacie NASRALLAH
Mr MAAMAR JAMAL
Docteur En Pharmacie
43 Lot Nasr Allah 2 Medisuna
Casablanca Tél: 05 22 33 85 09

LOT : 225010
DCD - 04 2096

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

LASILIX 40MG
20CP SEC
P.P.V : 34DH60
6 118000 060468

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
P.P.V : 316,00 DH
Plavix 75 mg, CP pel b 28
6 118001 081257

Cardiophrine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique
Bayer S.A.
P.P.V : 27,70 DH
6 118001 090280

AMEP 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

AMEP 5mg
28 comprimés
6 118000 081524

ROZAT 20 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041788

ROZAT 20 mg
Rosuvastatine
28 comprimés pelliculés
6 118000 041788

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain seba Casablanca
P.P.V : 316,00 DH
Plavix 75 mg, CP pel b 28
6 118001 081257

BOTTU S.A
30 comprimés pelliculés
(Empagliflozine)
Jardiance 10 mg
6 118001 041077
313839-02

BOTTU S.A
30 comprimés pelliculés
(Empagliflozine)
Jardiance 10 mg
6 118001 041077
313839-02

PPV : 479 DH 00

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca
6 118001 130276
14011081

COSYREL 5mg/10mg
30 comprimés pelliculés sécables
PPV : 98,10 DH
Servier Maroc - Casablanca
6 118001 130276
14011081

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



MME EDDARBALI AMINA
SALMIA 2 RUE 28 IMM 7 APT

2

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier :

79316877

Date et heure : 21/02/2023 12:43

Nom et prénom Assuré :

EDDARBALI AMINA

Immatriculation :

93908094 / 500305223

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

EDDARBALI AMINA

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

3 085,90

Nombre de places :

2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :

0522 21 84 807
Comp. E. S. S. / HADJ
CASA SIEGE
CASA SIEGE
SALMIA

503908094
107 51 5 731
610 10 10 10
3728701
43 36