

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

M23-0018769

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bannour Dorba
Date de naissance : 27/08/1981
Adresse : Résidence Les champs 2 APTES
Nassim
Tél. : 06 3462 2320 Total des frais engagés : 680 DH 06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Benkhini Mohammed Age : 11 ans
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 : Accident domestique,
Chute de plain pied avec réception sur le bord d'une chaise
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. entraînant une plaie et ostéite + VRS

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 : 31/08/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

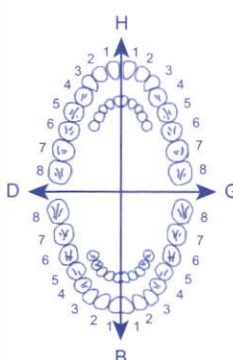
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> 21433552 00000000 G 00000000 35533411 B </div> </div> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

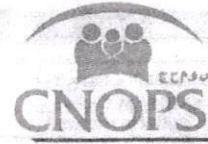
يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 نفقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: BENVENI Fouad

رقم الانخراط: N° Affiliation: 364464

رقم التسجيل: N° Immatriculation: 931923543

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: 0553285

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☒ ابن

العنوان: Adresse: Residence le champ L App? Imm F

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs): 680,60 DA

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes:

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: BENVENI MOHAMMED

تاريخ الميلاد: Date de naissance: 13/02/2012

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: [blank]

الجنس: Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

091140186

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins		نوع العلاجات	
Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض	Pli confidentiel remis*	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité*	<input type="checkbox"/> أمومة	Date de grossesse:	[blank]
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء	Date prévue d'accouchement:	[blank]
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث	Date d'hospitalisation:	[blank]
		Date d'accident:	[blank]
		Causes:	[blank]

Fait à: حرر ب:
Le: 21/06/2013 في:
توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)
أشهد بصحة
كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur
l'exactitude des renseignements
portés ci-avant.

Fait à: حرر ب:
Le: 21/06/2013 في:
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج
أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Établissement de soins

توقيع وطابع التعاوضية Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: Date de dépôt du dossier:

وصف العمليات المحررة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/06/23	180,60	
	INP: 092081648	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعة والصور

[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 Çlé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					
INP :					

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : Bannour Doraif
Matricule : 13059

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :

- ☐ Moi-même
☐ Mon conjoint
☒ Mon enfant

Lieu : A Domicile

Date d'accident : 15/06/2023

Causes et circonstances : Mon fils a trébuché en jouant et a heurté une chaise ce qui lui a entraîné une blessure sous l'œil - gche avec rougeur au niveau de l'œil et plaie de 2 cm de long ± profonde. de tout avec des vomissements incessables.

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à : Casablanca

le, 04/09/2023

Signature légalisée :

Arrondissement Hay Hassani
Non responsable du contenu de la pièce
Vu pour la légalisation matérielle de la signature
apposée. Dr 888 Bannour



Reconnu par sa pièce d'identité présentée à l'agent
N° 3 Mr. 04 SEPT 2023
Casablanca, le...

Président et par Délégation
MUPRAS déploie ses files pour vous protéger
Arrondissement Hay Hassani
Pour le Président et par Délégation
Signé: ADIL MAJIDI



115500 13



Casablanca le : 15.06.2023

BON DE REGLEMENT

Reçu de : Enf BENHNINI Mohammed

La somme de ; CINQ CENT DIRHAMS
500DH

Pour : V2 consultation en urgences après
22 :00

Cachet et signature

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, Rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 / Fax : 0522 25 11 15

Dr. J. ZAKIR
Ophtalmo Clinique de Casablanca
13, Rue des Papillons OASIS - Casablanca
Tél : 0522 25 71 71 / Fax : 0522 25 11 15
N° de Reg : 0517439106

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

FRAKIDEX®

Pommade ophtalmique
Phosphate sodique de dexaméthasone
framycétine

**Lisez attentivement l'intégrité
avant d'utiliser ce médicament.**

Elle contient des informations importantes
sur le traitement et sur votre maladie.
Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez
plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne
le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de
symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif.
Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Les substances actives sont : pour 100 g
Dexaméthasone (phosphate sodique de) 0,1 g
Framycétine (sulfate de) 315 000 UI
Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

DÉTENTEUR DE LA D.E. / AMM:

LABORATOIRE CHAUVIN
416, rue Samuel Morse - CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

Dr. Gerhard Mann
Chem.-pharm. Fabrik GmbH
Brunsbütteler Damm 165/173
13581 Berlin, Allemagne

Distribué aux Mann par:

agit d'un coll
enu sans or
médicament
cardiaque
en injection
amidine, sparflaxacine,
vincamine).

Informez votre médecin si
du cobicistat, car cela pr
dexaméthasone dans

Surdosage:

Aucun surdosage r
applications répét
entraîner un pass
des principes actifs
opacification du cr
de cicatrisation. De
particulièrement att

3. COMMENT UTILISER

Voie locale. En application oculaire
soigneusement les mains. Eviter de tou
paupières avec l'embout du tube. Rebouch
après utilisation. 1 à 3 applications par jour.
Appliquer une quantité équivalente à un grain de br
dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'oeil malade
ou des yeux malades et éventuellement sur le bord de
la paupière.

Pour ce faire, tirer la paupière vers la bas tout en
regardant vers le haut et déposer la pommade entre la
paupière et le globe oculaire. Ne pas toucher l'oeil et les
paupières avec l'extrémité du tube.
Reboucher le tube de pommade après utilisation.

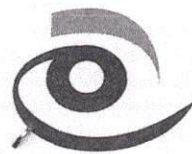
AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

6 118000 160243

PRV: 73 20 DH
DT: 65 12
PR: 01/75

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للدار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 15/06/23

Ben hrini Nohommed

29,9042
1/ Argin. 500

S.V.

PHARMACE H.O.
326, Lot N°100, Quartier NASSIM
M-20190 CASABLANCA
Tél: 05 22 22 89 05 00
www.ph2o.ma

23 / T1

pdr 7h

20,80
2/ Prokidea 2nd.

S.V.

DR J. ZAIN
Ophtalmologiste
Ophtalmo Clinique - Casablanca
13, rue des Papillons Oasis - Casa
Tél: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15
Tél: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tél: 0522 25 71 71 - Fax: 0522 25 11 15

1 App a

180,80

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)  Mes Situations  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

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	-	30/08/2023	Virement	-	2 180,60	935,86	113,57	1 049,43
81893477	10/07/2023	Payé en : 51 jours		BENHNINI MOHAMMED	1 500,00	672,00	84,00	756,00
81893423	10/07/2023	Payé en : 51 jours		BENHNINI MOHAMMED	680,60	263,86	29,57	293,43
1	-	03/05/2023	Virement	-	809,20	434,44	81,67	516,11
1	-	22/03/2023	Virement	-	2 020,00	120,00	5,00	125,00

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

☆☆☆☆