

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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

W21-852643

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 204000

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1442,4 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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.

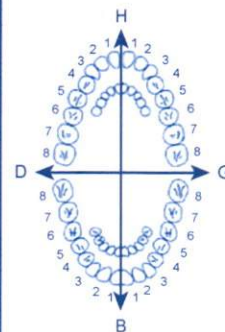
Fait à : CAS Le : 2 / 5 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :



[illegible][illegible][illegible][illegible]

**\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.**



A diagram of a circular arch bridge. The bridge has a semi-circular arch supported by 16 piers. The piers are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the top and moving downwards. The directions are labeled: 'H' at the top, 'B' at the bottom, 'D' on the left, and 'C' on the right. The bridge is shown in a perspective view, with the arch curving upwards and outwards.

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

[illegible]

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/Verification)

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 2

REJET 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	-	01/03/2024	Virement	-	1 442,40	1 010,63	270,27	1 280,90
85216891	08/01/2024	Payé en : 53 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 442,40	1 010,63	270,27	1 280,90
- 1	-	02/01/2024	Virement	-	1 190,00	780,56	195,14	975,70
84280414	21/11/2023	Payé en : 42 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 190,00	780,56	195,14	975,70
- 1	-	23/11/2023	Virement	-	1 652,90	1 136,58	332,82	1 469,40
83358530	06/10/2023	Payé en : 48 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 652,90	1 136,58	332,82	1 469,40

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

☆☆☆☆☆



# 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 وأذنتها 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 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 لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....



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 : EL FASSI EL FIHRI ABDELAH الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 213431A رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 43430778 رقم التسجيل :

N° CIN : B487339 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 LAIMOUNE 1 - VILLA N° 100 العنوان : CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : #1442,40# DHS مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 01 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins EL FASSI EL FIHRI Abdelilah المستفيد من العلاجات الاسم العائلي والشخصي

Nom et prénom : EL FASSI EL FIHRI Abdelilah تاريخ الإزدياد :

Date de naissance : 27/02/63 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : B487339 الجنس\* :

Sexe\* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 7415-1492 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie \* ☐ مرض\* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité \* ☐ أمومة\* : Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation \* ☐ استشفاء\* : Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident \* ☐ حادث\* : Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : تاريخ الحادث : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

le : 25/11/2023 في : 20/11/2023

توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

le : 20/11/2023 في : 20/11/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement 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



## description des actes effectués

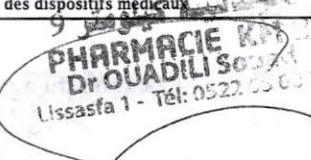
## وصف العمليات المجرة

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
20/12/2023	C	1	1	67	

CIM - 10

## Jرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et 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
20.12.23	1442.40	

INP : [ ]

NPE: 092036789

INP : [ ]

INP : [ ]

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

INP : [ ]

INP : [ ]

INP : [ ]

## 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP : [ ]

INP : [ ]

INP : [ ]



# ORDONNANCE

688

Le: 20/12/2023

M<sup>3</sup> EL FOSSI EL Fihri Ab Stethoh

14,00 x 3

= 42,00 Dali pnone 10,00 cp (24)

167,00 x 2

= 334,00 Mep x 31  
heskor 10,2 (34)

27,70 x 6 1 cp /

166,00

— Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11

92,00 x 3

= 276,00

136,60

—

107,60

190,00 x 2

= 380,00

1442,40

Coveryl (24)

1 cp

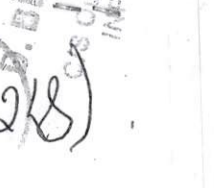
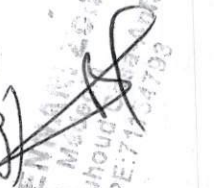
Amlor 5 (18)

1 cp

Shogit (18)

1 cp

Om coll ph (24)





REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

**On-Call**  
Blood Glucose

50

For testing glucose in whole blood  
using the On-Call® Plus and O  
EZ II blood glucose meters.  
For self testing and professional  
Only for use outside the body.

Contents:  
50 Test Strips  
Code Chip  
Package Insert



CE 0123

Stagid® 700 mg  
100 comprimés sécables



**AMLO** 5 mg  
95 COMPRIMÉS



PPV: 14DH00  
PER: 05/26  
LOT: M1874  
210052.00081  
LOT: M2290  
PER: 06/26

**Doliprane** 1000 mg  
10 Comprimés sécables



**Doliprane** 1000 mg  
10 Comprimés sécables



Cardiospirine 100 mg/20cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



Cardiospirine 100 mg/20cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.



**COVERSYL**®  
Perindopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables  
5 mg



LOT: 231498  
EXP: 04 2026  
PPV: 107.60

MR EL FASSI EL Fihri ABDELLAH  
LOT LAIMOUNE VILLA 100

**Accusé de Réception**

CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA

20230

N° de Dossier :

85216891

Date et heure : 08/01/2024 12:10

Nom et prénom Assuré :

EL FASSI EL Fihri ABDELLAH

Immatriculation :

43430778 / 040103021

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

EL FASSI EL Fihri ABDELLAH

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40113

Valeur en Dirhams :

1 442,40

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M1194

Nom Etablissement :





Date d'édition : 08/01/2024 15:10:23

MR EL FASSI EL FHIRI ABDELLAH  
LOT LAIMOUNE VILLA 100

Accusé de Réception



CASABLANCA  
CASABLANCA L12A2FA  
20230

N° de Dossier : 82316891 Date et heure : 08/01/2024 15:10

Nom et prénom Assuré : EL FASSI EL FHIRI ABDELLAH

Immatriculation : 4343078 / 040103021

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : EL FASSI EL FHIRI ABDELLAH

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40113

Valeur en Dirhams : 1 442,40

Agent de réception : MAM1194

Nombre de pièces : 1