

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.

Biologie 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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

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° P19- 0038454

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

50385 ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1003

Société : RSM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BAHAM Abdelouahab

Date de naissance : 01/01/1970

Adresse : 23W BL 903 d'empire Boulevard Alamyel

1000 BL 1003 Casablanca 20200

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter](#)
☐ 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

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

ACCORDE 2

☐ 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	-	20/11/2020	Virement	-	425,90	120,00	5,00	125,00
64163753	22/10/2020	Payé en : 29 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	425,90	120,00	5,00	125,00
- 1	-	31/08/2020	Virement	-	530,30	120,00	5,00	125,00
62648742	21/07/2020	Payé en : 41 jours		BENJELLOUN TOUIMI LEILA	530,30	120,00	5,00	125,00
1	-	27/01/2020	Virement	-	6 000,00	4 800,00	960,00	5 760,00

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.

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 التعريفة 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.

توقيع وطابع المتعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de Longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau : N° Dossier :

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

Nom et prénom : BENJELLOUN TOUJIM, LAILA الإسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 0144 1044 رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 9130 68 1272 رقم التسجيل :
N° CIN : B 430221 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
Adresse : 25 BOYER E. Mansour, République Algérie العنوان :
Montant des frais : 320,32 درهم Dhs مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : 5 (ong) عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)

Bénéficiaire de soins (المستفيد من العلاجات)
Nom et prénom : BENJELLOUN TOUJIM, LAILA الإسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 14/09/1979 تاريخ الإزدياد :
N° CIN : B 430221 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : ☐ M ذكر ☒ F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant (تعريف الطبيب المعالج)

N° INP : 091113101612 الرقم الوطني لاستدلال للممارسين :
Type de soins : MG نوع العلاجات :
Admission ALD* : ☐ Oui ☒ Non 21 JUL. 2020 قبول المرض المزمن :
N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : CASABLANCA رمز المرض المزمن :
Soins* ☐ ambulatoires ☐ علاجات خارجية ☐ Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☒ Non تم تقديم الظرف المغلق :
Hospitalisation* ☐ استشفاء ☐ Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 21/07/2020 في :
Signature de l'assuré(e) : [Signature] توقيع المؤمن له (لها)

Je déclare sous serment la véracité des informations ci-dessus.
Fait à : CASA حرر بـ :
le : 21/07/2020 في :
Signature du médecin traitant : [Signature] توقيع الطبيب المعالج :
Cachet et signature de la mutuelle : [Signature] Cachet et signature de la mutuelle :
Rue Ibnou Nafiss Maâni 5
Tél. 022.99.34 14 / 15 Casa

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرّاة
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
17/7/20	CS			250,00	Dr. Mekki SKIREDJ RHUMATOLOGUE Résidence Ben Omar - Porte B Rue Ibnou Nafiss - Maarif Tél. 05 22 99 34 14 / 15 - Casa

CIM-10

جرد 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 ممرض التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/07/2020	280,30	PHARMACIE AL MANANA Dr. ALAMI SOUMERAI 13 Rue Amal de Beaulieu Casablanca - Tél. 05 22 32 30

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

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

Dr. Mekki SKIREDJ

RHUMATOLOGUE

Maladies des Os, des Articulations
de la Colonne Vertébrale
et Rhumatisme Inflammatoires

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier

Osteopathie

Echographie Musculo Squelettique



الدكتور المكي سكيرج

اختصاصي في أمراض الروماتيزم
العظام - المفاصل - العمود الفقري
خريج كلية الطب بمونبولي
التطبيق اليدوي
فحص المفاصل بالصدى

Casablanca, le 17/7/20

3880
1 - Agiprene gel
massage x 2 a 3 fois
748,50
2 - Flexofytol 18 da 30
99,00
3 - Relaxant 5
280,30
après repas

Tél. : 05 22 99 34 14 البيضاء - المعاريف - الطابق الثالث - النفيس - ابن زرقانة
05 22 99 34 15 Résidence Ben Omar - Porte B - 5 Rue Ibnou Nafiss - 3ème Etage - Maarif - Casa

IND. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Agifène®

Gel Anti Inflammatoire et Analgésique
pour Application Locale
Ibuprofène 5% - Tube de 50 g

LOT: 499
PER: NOV 2022
PPV: 38 DH 80

AGIFENE® 50 g Gel



COMPOSITION :

Ibuprofène 5 g
Excipients qsp 100 g
Hydroxyethylcellulose, hydroxyde de sodium,
alcool benzylique, alcool isopropylique, eau purifiée.

PRÉCAUTIONS D'USE

- Agifène gel, est réservé uniquement à l'adulte de plus de 15 ans.
- Appliquer uniquement au niveau de la région douloureuse.
- Ne pas utiliser sous pansement occlusif.
- Bien se laver les mains après chaque utilisation.

FORME PHARMACEUTIQUE :

Flexofytol

CONSEILS D'UTILISATION

2 capsules 1 à 2 fois par jour avec un grand verre d'eau.
Flexofytol® peut être utilisé toute l'année sans interruption.

2 1 à 2 x / jour

A consommer de préférence avant lin

Lot:

142,50 DH
Lot: 19D32
Per: 04-2022



ENTS

it (pq

isé

é à

cidifiant

gélatine, glycérine, colorants

titan, carmin, oxyde de fer,

équivalente à 57 g de curcuma.

www.flexofytol.be

Boîtes de 30 et 60 capsules

PL 31/100

ESNAPHARM
Laboratoire

PL 31/100

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

atol®

SELS D'UTILISATION
2 capsules 1 à 2 fois par jour avec un grand verre d'eau.
Flexofytol® peut être utilisé toute l'année sans interruption.

l'entretien : 2 capsules
is sensibles :
12 ans : 2 capsules
1 semaine.
12 ans : 4 capsules
1 semaine.
il peut être utilisé on.

CTIONS D'EMPI
utiliser pendant
nt, ni en cas d'o-

un avis mé
d'anticoagulants

ENTS

it (pq

isé

é à

cidifiant

gélatine, glycérine, colorants

titan, carmin, oxyde de fer,

équivalente à 57 g de curcuma.

Boîtes de 30 et 60 capsules

www.flexofytol.be

PL 31/100

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

ESNAPHARM
Laboratoire

Gélule
Voie orale

Relaxium® B6

COMPOSITION QUALITATIVE ET QUANTITATIVE

Relaxium B6 150
Oxyde de magnésium marin 260 mg
équivalent en Magnésium 150 mg
Vitamine B6 1 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 300
Oxyde de magnésium marin 520 mg
équivalent en Magnésium 300 mg
Vitamine B6 2 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

Relaxium B6 375
Oxyde de magnésium marin 650 mg
équivalent en Magnésium 375 mg
Vitamine B6 2 mg
Excipients : stéarate de magnésium, maltodextrine, dioxyde de silicium.

FORME ET PRESENTATIONS

Relaxium B6 150 : Gélule. Boîte de 20 et 60
Relaxium B6 300 : Gélule. Boîte de 15 et 30
Relaxium B6 375 : Gélule. Boîte de 30, 45, 60 et 90

PROPRIETES

Relaxium B6 contient du magnésium et de la vitamine B6.
Le magnésium intervient dans le fonctionnement neuromusculaire. Son déficit peut causer nervosité, irritabilité, fatigabilité, crampes musculaires ainsi que les difficultés d'endormissement et de concentration, notamment en cas de surmenage.
La vitamine B6 complète l'activité relaxante et équilibrante du magnésium.

VOIE D'ADMINISTRATION ET UTILISATIONS

Voie orale

Relaxium B6 150
Prendre 2 gélules par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 300
Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

Relaxium B6 375
Prendre 1 gélule par jour à avaler avec un grand verre d'eau, en complément d'une alimentation variée et équilibrée.

GROSSESSE ET ALLAITEMENT

D'une façon générale, il convient au cours de la grossesse et de l'allaitement de toujours demander l'avis de votre médecin ou de votre pharmacien avant d'utiliser un produit.

PRECAUTIONS D'EMPLOI

Afin d'éviter d'éventuelles interactions nocives entre plusieurs substances, signaler à votre médecin ou à votre pharmacien tout traitement en cours.

Ne pas dépasser la dose recommandée.
Garder hors de portée des enfants.
A conserver dans un endroit sec et frais.

Relaxium B6 150/ Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805321DMP/20UCAV1
Relaxium B6 300/ Autorisation ministère de la santé n° : DA20181805322DMP/20UCAV1
Relaxium B6 375/ Autorisation ministère de la santé n° : DA20191812093DMP/20UCAV1

Deva

EN

INPR/NEPEL 10.19

P19
0038454

Royaume du Maroc



HME L EILA BENJELLOUN TOU
235 RES EL ANFAL IMH 128
APPT 9 BD YAACOUB EL
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE

000062648742

Accusé de Réception

N° Réception : 62648742
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENJELLOUN TOUIMI L EILA
Immatriculation : 93663272 / 090181875
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENJELLOUN TOUIMI L EILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 21/07/2020 10:56
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136
Valeur du dossier : 530,30
Nombre de pièces : 5
Code Agent : 9MGE072

Code Etablissement :
Etablissement :