

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com  
 0 Prise en charge : pec@mupras.com  
 0 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

N° W19-415606

CA

58680

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Matricule : 4549	Code réservé à l'adhérent (e)	Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BERDAI Mohamed		Date de naissance : 22/07/57	
Adresse : 81, Rue Larache APP18 Les Merguen		Tél. : 06 68 16 33 75	
		Total des frais engagés : 667,50 Dhs	

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément Remboursement ENOPS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

BAKICAOU Fakir

Age :

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 : CASABLANCA Le : 08/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-415606

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549  
 Nom de l'adhérent(e) : BERDAI  
 Total des frais engagés : 667,50  
 Date de dépôt :

INFORMATIONS SUR LE DOSSIER

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.

Identification de l'agent : <b>BNB 14</b>
Date de dépôt du dossier : <b>20/01/2019</b>
Date d'édition : <b>20/01/2019</b>



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Dossier : .....

N° Bordereau : .....

الاسم العائلي و الشخصي : <b>SAKAKI YOUSSEF</b>	رقم الانضباط : <b>11911783</b>
N° Affiliation : <b>5591143</b>	رقم التسجيل : <b>A 1019 115</b>
N° Immatriculation :	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN :	علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	
Conjoint <input checked="" type="radio"/>	زوج <input type="radio"/>
Enfant <input type="radio"/>	ابن <input checked="" type="radio"/>
العنوان : <b>81 Rue Lascăr Aref Hay Essakat Hay</b>	
Adresse : <b>CP 1019 115</b>	
Montant des frais (Dhs) : <b>667,50</b>	
Nombre de pièces jointes : <b>06</b>	
المستفيد من العلاجات	
Bénéficiaire de soins	Nom et prénom : <b>RAKAA FADOUA</b>
Date de naissance :	<b>16/12/1957</b>
N° CIN :	<b>A 1019 115</b>
Sexe* : <input checked="" type="radio"/> M ♂ <input type="radio"/> F ♀	الجنس* : امرأة

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
<b>CB1019 115</b>	
نوع العلاجات	
تم تقديم الظرف المغلق * : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
تاريخ الحمل :	
Date de grossesse :	
التاريخ المرتقب للولادة :	
Date prévue d'accouchement :	
تاريخ الاستشارة :	
Date d'hospitalisation :	
تاريخ الحادث :	
Date d'accident :	
أسباب الحادث :	
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .	
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	
Fait à : <b>BNB 14</b> le : <b>20/01/2019</b>	
توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)	
أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أدلاً Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : <b>BNB 14</b> le : <b>20/01/2019</b>	
أمدوني بـ نموذج الطبيب المعالج أو الأخصائية المعنية Cachet de signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	



PPV 380H70  
EXP 29/2023  
LOT 08009 1

A black and white photograph of a Relaxium B6 300 mg 30 GÉLULES product box. The box features the brand name 'Relaxium' in large, bold, white letters at the top, followed by 'B6' and '300 mg' in smaller white text. A circular logo containing '30 GÉLULES' is also visible. The bottom left corner of the box shows some handwritten numbers: '1001284212', '0000372723', and '36.00004'. There is a small metal clip attached to the top edge of the box.

Calcibronat® 2 g

20 COMPRIMES  
EFFERVESCENTS

**Calcibronat® 2g**   
20 COMPRIMES EFFERVESCENTS

卷之三十一

S 118000 030676

6 "118000 050070

PER : | | | | | | |

CIM - 10

DEPARTMENT OF CULTURAL AFFAIRS, GOVERNMENT OF KERALA

CTM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision



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

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
X - 1	-	25/01/2021	Virement	-	667,50	221,00	13,30	234,30
65065236	15/12/2020	Payé en : 41 jours		BAKKALI FADOUA	667,50	221,00	13,30	234,30
- 1	-	20/01/2021	Virement	-	201,00	132,00	33,00	165,00
64789095	01/12/2020	Payé en : 50 jours		BAKKALI FADOUA	201,00	132,00	33,00	165,00

CENTRE  
CARDIOLOGIQUE  
CASA-ANFA



مركز  
أمراض القلب  
البيضاء أنفا

Casablanca le 27/11/2020

Mme BAKALI Fadoua

38,7° - Calcibronat 1 cpj matin

37,0° - Relaxium 300 mg 2cpj le soir pdt 01.00

41,8° - Avlocardyl 40 mg 1/2 - 0 - 1/4

167  
Centre Cardiologique  
du Jasmin  
Mme MAMOURAT Rajaa  
61, Avenue 2 Mai Casablanca  
Tél: 05 22 81 77 67

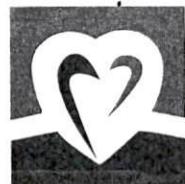


Dr Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima SAYAH  
Bd. Al Massira Al Khadra - Casablanca  
Tel: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 26 2835

### المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22  
[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email: [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002  
Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

19, شارع ابن سينا - الدار البيضاء الهاتف: 05 22 94 39 33 - الفاكس: 05 22 94 30 22  
بنائنا: 35806678 - ت.ج: 1004548 - ص وضج: 01384700132 48 التعریف البنکی: 6021589  
013 780 01104 01384700132 48



DATE D'EXAMEN : 27/11/2020

FACTURE N° 2145/20

NOM ET PRENOM : MME BAKALI FADOUA

DESIGNATION	NOMBRE	UNITAIRE	TOTAL
CONSULTATION + ECG	1	500,00	500,00
<u>TOTAL GENERAL</u>			<b>500,00</b>

ARRETEE LA SOMME DE LA FACTURE DE :  
CINQ CENT DIRHAMS ./.



المستعجلات 24h/24h

19, Bd Ibnou Sina - Casablanca Tél: 05 22 94 39 33 (L.G) - Fax: 05 22 94 30 22

[www.cardiocasaanfa.com](http://www.cardiocasaanfa.com) - Email. [contact@cardiocasaanfa.com](mailto:contact@cardiocasaanfa.com) - I.C.E. : 001742957000002

Patente: 35806678 - I.F: 1004548 - C.N.S.S.: 6021589 BMCI - Agence Mohamed V - RIB: 013 780 01 104 01384700132 48

05 22 94 30 22 ، شارع ابن سينا. الدار البيضاء الهاتف: 33 05 22 94 39 - الفاكس: 05 22

بناننا: 35806678 - ت. ج: 1004548 - ص و ض ج: 6021589 التعريف البنكي: 48 013 780 01104 01384700132 48

ID: M - Bekkali Fadou  
Nom:  
Sexe: Homme Date naiss:  
Symptômes: 10 mm/mV 25 mm/s Filtre: H50 d 100 Hz

Ans:

Medicament: cm kg

Historique:

10 mm/mV

Nov-28-2020 8:53 AM

119 bpm

D'jenoune



1350K 05-03 03-05 Service:

exam:

Nov-28-2020 8:53 AM

ID:

Nom:

Sexe: Homme Date naiss:  
cm kg mmHg

Ans

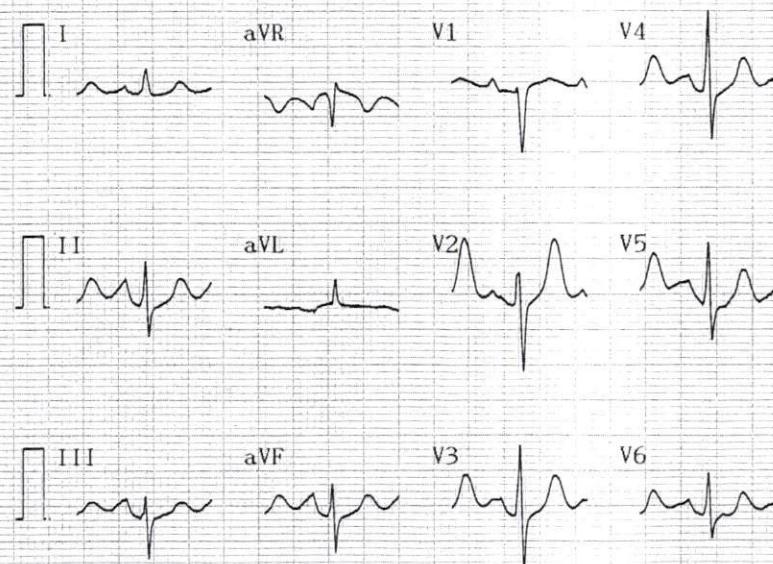
Fréquence ventriculaire 118 bpm  
Intervalle PR 162 ms  
durée QRS 86 ms  
int. QT/QTc 328/ 398 ms  
axe P/QRS/T 71/ 0/ 63 °  
amp1 RV5/SV1 0.825/ 0.870 mV  
amp1 RV5+SV1 1.695 mV

1120 Tachycardie sinusale

0102 ARTEFACT PRÉSENT

9140 \*\* Rythme ECG anormal\*\*

10 mm/mV 25 mm/s Moyenne



Rapport non confirmé

Revu par:

Exem: