

# 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.

## Optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Education :

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.

S : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 888 Société : 64202

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : IAHIRACH Boulia

Date de naissance : 06.06.48

Adresse : 14, R1 Med Abdou Palmar CASA

Tél. 06.64.860.960 Total des frais engagés : ..... 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 : .....

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 : .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 22/03/2021

# Mme LAHRACH Béatrice et LAZRAK

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم 888

Mle  
888



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

### 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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتردة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن جوادث الشغف والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساواة القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سيق ذكره.

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LAZRAK DRASS

363772

N° Affiliation : 441885508

B193881

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse :

14, Bd Mohamed Abdou Residence DALIA PALMIER CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 6.85, 20

Nombre de pièces jointes : 12

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : LAZRAK DRASS

الاسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom :

Date de naissance :

N CIN :

Sexe : ♂ ذكر  F أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP : 091057851

### Type de soins

Maladie \*

مرض

Pli confidentiel remis \* : Oui  Non

Maternité \*

الولادة

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

الإفراز

Date d'accouchement :

Accident \*

حادث

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : CASABLANCA  
le : 16/01/2020  
في : تونس  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca  
le : 22/12/2020  
في : تونس  
Signature de l'assuré (e)

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

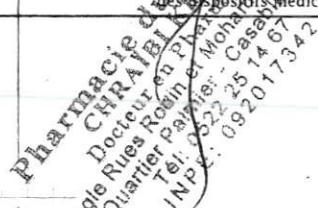
\* اشطب الحالة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الوارد او سبب اصدار العينات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs Médicaux	التمن المغور Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
 <p>Pharmacie CHRAÏEB Docteur en Pharmacie Angle Rues Rouhi et Mohamed Quartier Panier - Casablanca Tél.: 0522 25 74 61 INPI: 092017342</p>	3 88,29	22/02/2020

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie      عمليات الالحاء، الأشعة و الصور

الطباطبائي المساعدات عمليات

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5 rue Mohamed Abdou  
CASABLANCA  
Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89  
Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97  
GSM cabinet : 06 78 18 18 16

**Monsieur LAZRAK Driss**

Casablanca le 22/12/2020

1- AMEP 5 MG  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET A MIDI

2- KARDEGIC 75 MG :  
1 SACHET PAR JOUR SANS ARRET

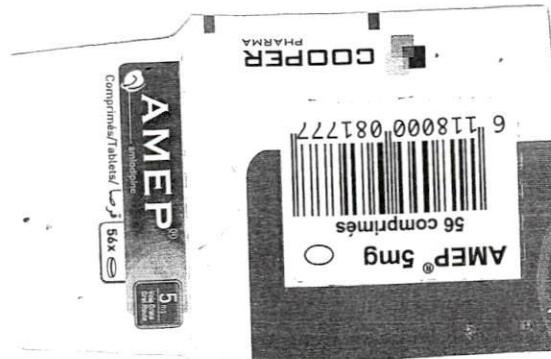
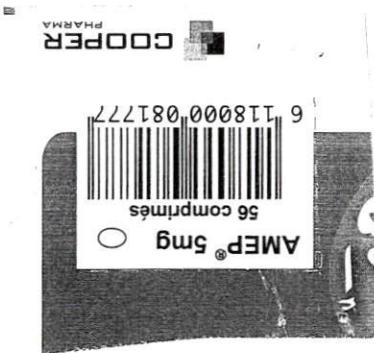
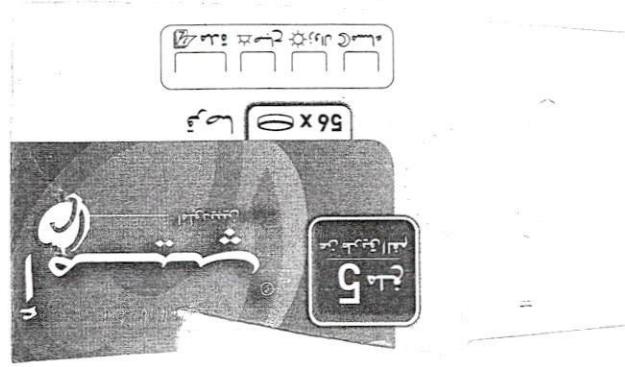
Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Sarofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Kardegic 75 mg. sac b 30  
P.P.V : 30,70 DH  
6 118000 061847

Pharmacie CHRAÏBI CEDRE  
Docteur en Pharmacie  
Angle Rues Roisin et Mohamed Abdou  
Quartier Palmier Casablanca  
Tél: 0522 25 14 67  
INPE: 09 2017 342

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE**  
**EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**  
**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**  
**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



MR DRISS LAZRAK  
N 14 BD MOHAMED ABDOU RESID  
DALIA PALMIER  
CASA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000066090518

Accusé de Réception

N° Réception : 66090518  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK DRISS  
Immatriculation : 44885502 / 500321907

Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK DRISS  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 12/02/2021 10:32  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123  
Valeur du dossier : 685,20  
Nombre de pièces : 12  
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :  
Etablissement :


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil &gt; Application &gt; assure.app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnection)
 Mes Soins
 Remboursements
 Prises en charge
 Immatriculation
Menu ▾

Information
 Suivi des demandes
 Payées aux PS.

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)

N Dossier	Type Doss.	Date de réception	Etat	Producteur de soin	Bénéficiaire
65946753	CARDIOLOGIE	04/02/2021	ACCORDE	CLINIQUE JERRADA OUASIS	LAZRAK DRISS
65845514	CARDIOLOGIE	29/01/2021	PAYE	CLINIQUE JERRADA OUASIS	LAZRAK DRISS
50243635	CHIRURGIE	29/03/2018	PAYE	CLINIQUE ATLAS CASABLANCA	LAZRAK DRISS

< 1 >

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

★★★★★

# **CLINIQUE JERRADA OASIS**

**PAIEMENT EFFECTUE PAR : m  
ou mme lazrak**

**NOM DU PATIENT : M. LAZRAK  
DRISS**

**DATE DE NAISSANCE :  
22/12/1936  
CJO21B03073357**



**Reçu N°: 69225**

**Paiement du 03/02/2021**

<b>Montant</b>	<b>600,00 Dh</b>
<b>Type de paiement</b>	<b>Chèque</b>
<b>Numéro du chèque :</b>	<b>3319658</b>
<b>Montant du chèque :</b>	<b>600,00 Dh</b>
<b>Banque :</b>	<b>BMCI</b>