

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-630972/6515



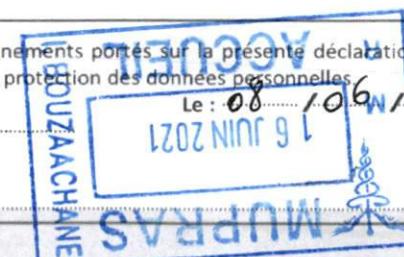

C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6515	Société : RAN  16388		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	BELUA AINAN née HANIF
Nom & Prénom :		Date de naissance : 13.12.1967	
Adresse :			
Tél. :		Total des frais engagés : 1137,70 MAD Dhs	

Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : BELUA CITAINA Age: 65	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : complément	
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 : **08.10.2021**
Signature de l'adhérent(e) : 



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-630972
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 : **6515**
Nom de l'adhérent(e) : **AINAN**
Total des frais engagés : **complément**
Date de dépôt :

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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ٢٠٢١٠٤٢٠٢١

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشترابة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



Tel. 0670179008

ورقة العلاجات المتعلقة بالمعرض

Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : BELLA ABDELKrim

رقم الانخراط :

11511430

رقم التسجيل :

931121473514

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

B 1830191

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابنالعنوان : 79 Lot ATTADANOUN, apt 5, Rue 2 CHAHIDA EL OULFA, Casablancaمبلغ المصاري (درهم) : 1137,70عدد الوثائق المرفقة : 04

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : BELLA CHAHIDA

تاريخ الإزدياد :

01/01/1950

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

B156147742

الجنس :

Masculin ذكر Féminin ائنث

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

0072492059

Type de soins

Maladie*

مرض *

Maternité*

امومة *

Hospitalisation*

استشفاء *

Accident*

حادث *

Pli confidentiel remis* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

نوع العلاجات تم تقديم الفرق المطلقة :

تاريخ الحمل :

2021-04-20

التاريخ المترقب :

2021-04-20

تاريخ الاستشارة :

2021-04-20

تاريخ العلاج :

2021-04-20

إسباب الحادث :

CASABLANCA

أشهر بصحبة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca حرر بـ : 2021-04-20Le : 2021-04-20 في : 2021-04-20

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 2021-04-20 حرر بـ : 2021-04-20Le : 2021-04-20 في : 2021-04-20توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

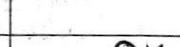
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* إشطب الخانة (يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع)

(يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع)

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
٢٠٢٢/٢/٢١		C		١٨٥٠٤١	
٢٠٢٢/٢/٢١					٠٩١٢٤٥٣٧٨
٢٠٢٢/٢/٢١					
٢٠٢٢/٢/٢١					٠٩١٢٤٥٣٧٨
٢٠٢٢/٢/٢١					
					٠٩١٢٤٥٣٧٨

فرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعاونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٤/١٠/٢٠٢١	١٠٨٢٠	INP: ١٩٩٢١٣١٢٦١٧    
١٢/١٠/٢٠٢١	٧٩٥٠	INP: ٠٩٢٠٣٢٠٢٦  
		INP: ٤٤٤٤٤٤٤٤٤٤

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

MR ABDELKRIM BELLA
RES ATTADAMOUNE RUE C^{ME} N
79 EL OULFA
CASABLANCA
20202 CASABLANCA HAY

000067454321

Accusé de Réception

N° Réception : 67454321
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BELLA ABDELKRIM
Immatriculation : 93227354 / 090016242
Nom et Prénom Bénéficiaire : BELLA CHAIMA
Rang Bénéficiaire : 33

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 27/04/2021 11:59
Lieu de réception : CASA SIEGE 90152
Valeur du dossier : 1137,70
Nombre de pièces : 4
Code Agent : 9MGE339

Code Etablissement
Etablissement



Accueil > Application > assure app

Lock icon (/portailapps/www/index.php/assures/auth) Mon compte 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 ENREGISTRE 2 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	-	18/05/2021	Virement	-	1 137,70	719,54	166,55	886,09
67454321	27/04/2021	Payé en : 20 jours		BELLA CHAIMA	1 137,70	719,54	166,55	886,09
1	-	20/04/2021	Virement	-	1 100,00	379,20	56,09	435,29
1	-	09/04/2021	Virement	-	11 250,00	9 000,00	1 800,00	10 800,00
2	-	31/03/2021	Virement	-	792,20	523,40	32,50	555,90
1	-	01/02/2021	Virement	-	170,00	128,00	24,00	152,00
1	-	25/12/2020	Virement	-	2 060,30	1 346,70	221,90	1 568,60
1	-	09/09/2020	Virement	-	659,80	493,10	8,50	501,60

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

★★★★★

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعربي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Ordonnance

29/04/2021

Bella chania

1) Docina 5g
1 caps x 2/j

2) Codolip 1 cp x 2/j
AS

3) fort 5g
1 cp le mat
AS
10820



FORTMAG
PPC : 86,00 DH
PDT: 09/2023
PER: 09/2023

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca
dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزنة الحاج فاتح عمارة رقم 70 ، الطابق الأول

(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Dr. Oumannia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca
Médecine Générale
Medecine Esthétique
Hijama medicale
Acupuncture



الدكتورة أمنية أعربي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

ALAB

ement Haj Fatah Oulfa
nd point CHEHDIA)
Casablanca
300 - Fax : 0522 900 700

Ordonnance

09/04/2014

Dr. Bella chau

1) NFS - RL

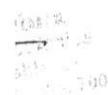
2) Fermette

3) V.F - D



30

00 DH



Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70، الطابق الأول
قرب صيدلية حمزة (اللفة الدار البيضاء)

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Dr. Oumnia AARIBI

Lauréate de la Faculté de Médecine

et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



الدكتورة أمينة أعربي

خريجة كلية الطب والصيدلة

الدار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Ordonnance

Bella chaima 19/04/2021

1) D₃ Normal gouttes
gouttes 1, 201 Annes

AS



STEPHARMACIE HAMZA
C.I. ANCA
Lot 6, Haj fatih Rue 6 N° 3 Lot 60
Casablanca - Tel: 0522 33 10 29

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70 ، الطابق الأول

(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DOUALAB

Dr DADOUNE Loubna

Médecin biologiste

Biochimie - Hématologie - Immunologie

Parasitologie - Mycologie - Hormonologie - Virologie

301, Lotissement Haj Fatah Oulfa

(Près Rond point CHEHDIA)

Casablanca

Tél. : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

Casablanca le 10 avril 2021

Mademoiselle BELLA CHAIMAA

FACTURE N°	193964
------------	--------

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Vitamine D2D3 -----	B	420	
Ferritine -----	B	230	Total : B 730

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	800,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cents Dirhams

DOULAB
Dr. DADOUNE Loubna
301, Lotissement Haj Fatah Oulfa
(Près Rond point CHEHDIA)
Casablanca
Tél. : 0522 900 300 - Fax : 0522 900 700

ICE-000043530000002
10/04/2021