

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Éducation :

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° M21- 072817

ND: 79671

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2362 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NASSI ABDESSAMAD

Date de naissance : 01/03/1952

Adresse : 123, RES. SEKKAT, Rue Abou ELWAQT

Tél. : 0664368870

Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : GHANNAM SAMIRA Age: 60

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





## Instructions à suivre

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 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.

## تعليمات يجب اتباعها

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

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون 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 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 الغش 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 التفاضلية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.01.01 Ref ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : Ghannam Samir الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 13141914187 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 9141218191161512 رقم التسجيل :

N° CIN : 131412161519141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : 123 Résidence Soldat Kheir Elvane 22 B العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1148130 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 06 عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

#### Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Ghannam Samir الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 191103119161 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 131412161519141 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس\* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP : ..... الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : ..... نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض Pli confidentiel fermé\* : oui ☐ non ☐

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

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

Accident\* ☐ حادث Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :

Causes : ..... 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 : 12/11/2016 في : .....

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

أصرح بصحة وصدق المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر بـ : .....

Le : 12/11/2016 في : .....

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 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
15/06/2021			CS	5	

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ 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
15/06/2021	122,80	PHARMACIE ISMAIL PA Rue Abou Al W. Bourgoane - Oussabianse Tel: 822.35.97.44

INPE: 092034867

INP: [ ]

INP: [ ]

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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
22/06/21		B690	1025,5		

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: [ ]





MME SAMIRA GHANNAM  
N123 RES SETTAT RUE ABOU  
EL WAGT IMM B 1 BORDJBOUNE

20003 CASABLANCA BORDJBOUNE

000068401778

Accusé de Réception


N° Réception : 68401778  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : GHANNAM SAMIRA  
Immatriculation : 74671632 / 500308335  
Nom et Prénom Bénéficiaire : GHANNAM SAMIRA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 23/06/2021 9:48  
Lieu de réception : CASH SIEDE 90142  
Valeur du dossier : 1148,30  
Nombre de pièces : 4  
Code Agent : 770E247

Code Etablissement :  
Etablissement :

Accueil > Application > assure app



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

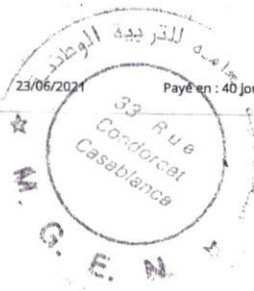
ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 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
3								
68401798	23/06/2021	Payé en : 40 jours		GHANNAM SAMIRA	1 148,30	663,36	164,81	828,17



Casablanca, le

15/6/2021

GHANNAM Samira

- 1) D. Dumas. Fardine.
- 2) Transaminases.
- 3) fibrinogène

Clinique Médico Chirurgicale Longchamps  
Dr. KARY Houchang Anesthésiste  
INM 123456789



Mme GHANNAM Samira  
F 02-03-19618426594  
2106223052

Date/Heure

Préleveuse:

PRELEVEMENT

Casablanca, le 15/06/2021.

GHANIAM SANIOW

54,00

S.V

ARNICA Gel

68,80

S.V

Sup + 2

Atrovent

122,80



6 118001 040018  
ATROVENT 0.50 mg / 2 ml  
(Bromure d'ipratropium)  
Solution pour inhalation par nébuliseur  
10 unidoses  
BOTTU S.A.  
PPV : 68 DH 80

ARNICA GEL  
LOT: BAA58  
EXP: 01/2023  
PPC: 54.000H

INPE : 090883097  
Régime  
Dr. KARY BOUCHAIB Anesthésiste  
Clinique Médico Chirurgicale Longchamps

PHARMACIE ISMAILIA  
Rue Abou Al Wakt  
Bourgogne - Casablanca  
Tél : 022.35.97.44



Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biologiste

Diplômé de l'université Catholique  
de Louvain à Bruxelles, Belgique

Urgences 24h/24 7j/7

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'université Paris Descartes  
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

## LABORATOIRE CASALAB PALMIER®

Dossier N°: 2106223052

Résultats de : Mme Samira GHANNAM

Né(e) le : 02/03/1961 - 60 ans

N° CIN : B426594

Date du prélèvement : 22/06/2021 09:17. ZK

Edition du : 22/06/2021 à 15:17

Monsieur Le Dr Bouchaib KAIY ( Anesthésie- Réanimation)

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

&lt; Compte-rendu complet &gt;

## HEMOSTASE

Fibrinogène:

(Mécanique et optique)

5,39 g/L

(1,50-4,98)

Résultat sous réserve, à confronter aux données cliniques et biologiques.

D-Dimères

(TEST IMMUNOTURBIDIMETRIQUE)

550 ng/ml

(&lt;500)

Résultat sous réserve, à confronter aux données cliniques et biologiques.

## BIOCHIMIE

Ferritine:

(ECLIA sur cobas 6000.)

253,0 ng/ml

(13,0-150,0)

11/06/2021

330,0

## Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml

Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

## Domaine de référence pour les enfants :

&lt; 1 an : de 12 à 327 ng/ml

de 1 à 3 ans : de 6 à 67 ng/ml

de 4 à 6 ans : de 4 à 67 ng/ml

de 7 à 12 ans filles : de 7 à 84 ng/ml

de 7 à 12 ans garçons : de 14 à 124 ng/ml

de 13 à 17 ans filles : de 13 à 68 ng/ml

de 13 à 17 ans garçons : de 14 à 152 ng/ml



Dossier n° 2106223052 - Mme Samira GHANNAM

1/2





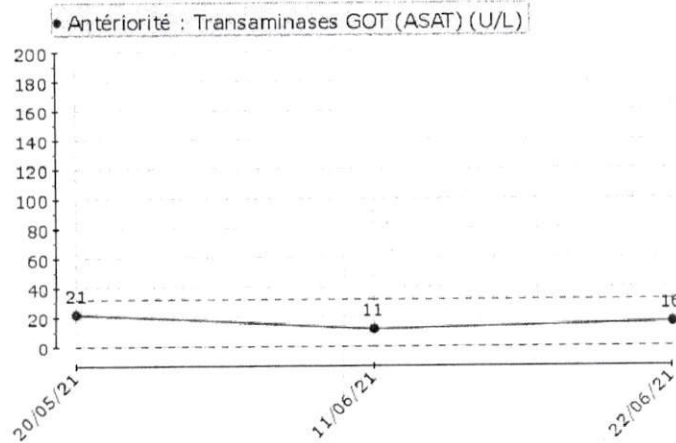
11/06/2021

**Transaminases GOT (ASAT):**  
(Dosage enzymatique)

16 U/L

(0-32)

11



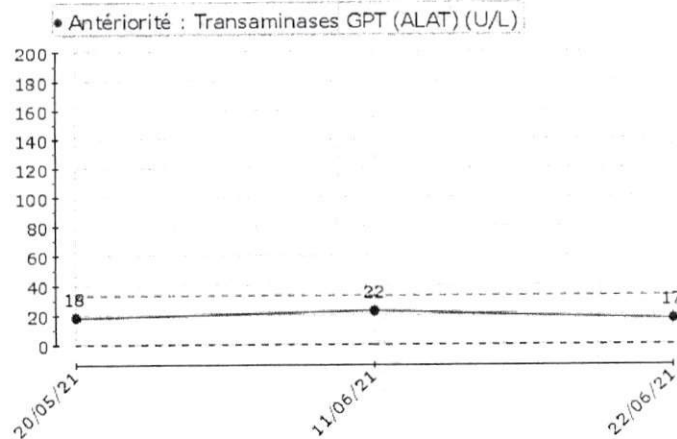
11/06/2021

**Transaminases GPT (ALAT):**  
(Dosage enzymatique)

17 U/L

(0-33)

22



Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUZZANI

Le Dr M. JENANE



Dossier n° 2106223052 de Mme Samira GHANNAM

2 / 2





FACTURE N° 2106223052  
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 22/06/2021

INPE : 093002574

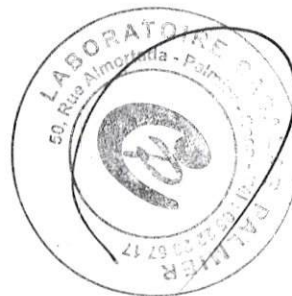
Mme Samira GHANNAM

Demande N° 2106223052

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E	25.00 MAD
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B	72.50 MAD
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B	72.50 MAD
0154	Ferritine	B250	B	362.50 MAD
	D-Dimères CA 600	B300	B	435.00 MAD
	Fibrinogène	B40	B	58.00 MAD
Total				1025.50 MAD

Total des B : 690

Arrêtée la présente facture à la somme de : ..... \* **1025.5 DH** \*  
**mille vingt-cinq dirhams cinquante centimes**



C

