

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0003316

82343

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAY
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI
Date de naissance : 30/06/52
Adresse : 179, boulevard Sanchoual (Sous) Casablanca
Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 1.367,90 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : complètement aveugle
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : Dégénérescence maculaire
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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

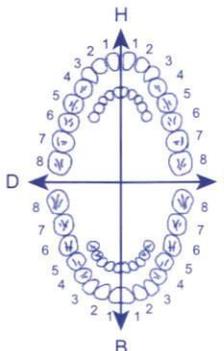
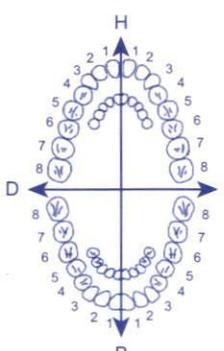
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/authentification](#) [Mes Soins](#) [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

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	-	23/07/2021	Virement	-	1 367,90	620,00	95,00	715,00
68531131	30/06/2021	Payé en : 23 jours		ZINE TOURIA	1 367,90	620,00	95,00	715,00
1	-	15/04/2021	Virement	-	400,00	120,00	30,00	150,00
4	-	12/03/2021	Virement	-	4 807,30	2 459,96	603,84	3 063,80
1	-	25/12/2020	Virement	-	1 488,10	913,67	364,43	1 278,10
1	-	05/10/2020	Virement	-	1 524,80	939,36	375,44	1 314,80

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

★★★★★

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 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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسله.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تضريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : N° Dossier :

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

Nom et prénom : Touissa ZINE : الإسم العائلي و الشخصي
N° Affiliation : 363178 : رقم الإنخراط
N° Immatriculation : 432874741 : رقم التسجيل
N° CIN : B377880 : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *
Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : 179 lot Daudou S de Tafraout Casablanca : العنوان
Montant des frais (Dhs) : 1000 + 367,90 : مبلغ المصاريف (درهم)
عدد الوثائق المرفقة : 3 Pieces

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : Touissa ZINE : الإسم العائلي و الشخصي
Date de naissance : 05/02/1958 : تاريخ الإزدياد
N° CIN : B377880 : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe * : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 05A027779 : الرقم الوطني الإستدلاي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie * مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non : تم تقديم الظرف المغلق *
Date de grossesse : : تاريخ الحمل
Maternité * أمومة * Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة
Hospitalisation* استشفاء * Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء
Accident * حادث * Causes : : أسباب الحادث
Date d'accident : : تاريخ الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : 06/06/2021 حرر ب :
le : 06/06/2021 في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : 06/06/2021 حرر ب :
le : 06/06/2021 في :
توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

Cachet et signature de la mutuelle

30 JUN 2021

Réception Traçabilité

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيداع

توقيع وطابع التعااضدية

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
C.H. Ibn Sina - Rabat

Etablissement : Institut National d'Oncologie

Reçu de M

La Somme de

Nature de la Recette	Ex	Somme
Total		1000

Nom et Prénom du bénéficiaire

CIN B377280

N° d'admission 67661/21

Organisme CNOPS

Date d'entrée 27/05/2021 10:34

Motif d'admission Exploration gastro-entérologie

Admission
Facture
N° 565029

N° 2166824



N° d'Immatriculation 432874741

Lien avec l'assuré Lui-même

Date de sortie 27/05/2021

Catégorie	Prestations	Nombre	Lettre clé	P.U	Prix Total
Exploration	ECHO-ENDOSCOPIE GASTRIQUE SOUS SEDATION (HORS NGAP)	1		1 000,00	1000
Total prestations :					1 000,00

Total facture : 1 000,00 Dhs

Part organisme : 0,00 Dhs

Part patient : 1 000,00 Dhs

Arrêtée la somme à payer par le Patient au montant de mille Dirhams

Arrêtée la somme à payer par l'Organisme au montant de zéro Dirhams

A VERSER A LA CAISSE OU A VIRER AU COMPTE N° 310 810 1000 12400 042180162

OUVERT A LA TRESORERIE GENERALE DE RABAT

LA PRESENTE FACTURE DOIT ETRE PAYEE DANS LES 15 JOURS APRES RECEPTION

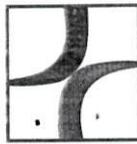
Faite à Rabat, le 27-05-2021

Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Institut National d'Oncologie
SINUS
GUICHET 1

Institut National d'Oncologie, Avenue Allal El Fassi, B.P : 6542, Rabat – Instituts, Maroc

Téléphone : +212 5 37 71 24 84, Fax : 05 37 71 49 82, INPE : 100005685 , IF : 40214002 , ICE : 002056603000048

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

17/05/2021

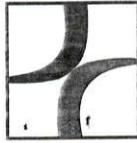
Mr Ansen

Pretz et deves o'm
p12 me tauric, de 62
soore p2 lous kystig
de l'ambres de 17 m de 4/Echo endé
de 27/02/2015/ et j'arrive
p2 Echo endé gous

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء - الفاكس : 05 22 26 79 42
64 Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف : 0522 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
Email : selwa.chaoui@gmail.com / E-mail: cliniquemersultan@gmail.com
www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 00172836000010

clinique
mers
sultan



مصحة
مرس
السلطان

27/05/2022

Zine Teuric

46,90

1 - Actiurbine

1 - 1 - 1



21,00

2 - Librax



338

PHARMACIE ELQOODS

Avant toute utilisation,
la notice intérieure.

Librax® 5/2,5 mg

30 comprimés dragéifiés



lg + 2 / j

PHARMACIE ELQOODS
IMMAN MENIAR
Boulevard Al Hamd N°9 Deroua
Tél 0520 040 412

PHARMACIE ELQOODS
DR. OTMAN MENIAR
Boulevard Al Hamd N°9 Deroua
Tél 0520 040 412

67,90

[Signature]

URGENCES 24H/24H

64, شارع عمر الادريسي (قرب حديقة مردوخ) - الدار البيضاء- الفاكس : 05 22 26 79 42
64 Bd Omar El Idrissi (en face du jardin Murdoch) - Casablanca - Fax : 05 22 26 79 42
الهاتف : 0522 27 72 72 (L.G) - 05 22 46 72 00/01/02/03 - 05 22 46 72 09 - 05 22 46 72 05
Email : selwa.chaoui@gmail.com / E-mail: cliniquemersultan@gmail.com
www.cliniquemerssultan.ma / ICE : 001728360000010

DR. ANGELO CRIVELLO
HISTOLOGIE
LABORATOIRE DE DIAGNOSTIC
CHU DE LYON
151, AVENUE DOCTEUR RIBOT
69631 LYON CEDEX 07

Dr. Y. BOU
CHU DE LYON

Nom du Médecin (Titre, Sexe, Âge)

Rendez-vous le : 27/07/2001
Hospitalisation demandée par :

Provenance :
Diagnostic :

Étiologie descriptive S/AC

N. désirer (ancien malade)

Nom : Sans Souverain

Age : 63 ans

<input type="checkbox"/> CONSULTATION
<input type="checkbox"/> RENDRE SOIN D'HOSPITALISATION

N° : 2731

Signature : J. No...

Établissement :

AVIS DE DÉPART

