

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.

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

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



ND: 87871

Déclaration de Maladie : N° P19- 0014659

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1433 Société : RAN
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAFI Li Louis Date de naissance :
Adresse :
Tél. : 06 63 45 55 76 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : NATIA ALI el AZIZ Age: 7 ans
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 : R Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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.

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساوير 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 التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.02 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **NAJID ABDELRAZIZ** الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **731811** رقم الانخراط

N° Immatriculation : **251709278** رقم التسجيل الجديد

N° CIN : **B 601110** رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Adresse : **Rue LAYOUNNE B2 OKBA bmaou NAFIAH Sm 48** العنوان

AP 5 - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : **#3347,00#** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **05** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **NAJID ABDELRAZIZ** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **NAJID ABDELRAZIZ** الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **08-4-1958** تاريخ الازدياد

N° CIN : **B 601110** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : **M** ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1111111111** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **Maladie** ☐ مرض ☐ Maternité ☐ أمومة ☐ Hospitalisation ☐ استشفاء ☐ Accident ☐ حادث ☐ نوع العلاجات

Maladie* ☐ **Maladie** ☐ Maternité* ☐ Hospitalisation* ☐ Accident* ☐ **Maladie** ☐ Maternité* ☐ Hospitalisation* ☐ Accident* ☐

Date de grossesse : **08-4-1958** تم تقديم الظرف المغلق : **Oui** ☐ Non ☐

Date prévue d'accouchement : **08-4-1958** تاريخ الحمل

Date d'hospitalisation : **08-4-1958** التاريخ المرتقب للولادة

Date d'accident : **08-4-1958** تاريخ الاستشفاء

Causes : **08-4-1958** تاريخ الحادث

أسباب الحادث : **08-4-1958**

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

Fait à : **CASABLANCA** حرر ب : **08-4-1958** في : **08-4-1958**

le : **08-4-1958** توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

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

Fait à : **CASABLANCA** حرر ب : **08-4-1958** في : **08-4-1958**

le : **08-4-1958** توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Cachet et signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع


وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et 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
١٩.٠٢.٢٠٢٢	١٤٦,٥ INP : ٥٩٢ م ٩٨٩ INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

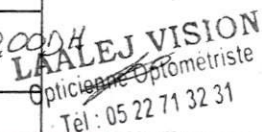
Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
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
19/05/2004				7: 3000,000H	
INP : 02150413426					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					

RELEVÉ DES PAIEMENTS À L'ASSURÉ

Exercice : 2021

ROYAUME DU MAROC



Lundi 11 Octobre 2021

Immatriculation

25709278

Affiliation

73181

Mutuelle M. Police

Nom et Prénom

NAJID ABDELAZIZ

Adresse

RES LAAYOUNE BD OKBA BNOU

Ville

CASABLANCA

NAFIA IMM 42 APT 5

Dossier(s) payé(s)

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
68728686	12/07/2021	V	30/08/2021	ABDELAZIZ	666,20	168,00	24,00	192,00
68048863	02/06/2021	V	13/07/2021	ABDELAZIZ	3 347,00	1 320,00	5,00	1 325,00
Sous totaux :					4 013,20	1 488,00	29,00	1 517,00
Total Général :					4 013,20	1 488,00	29,00	1 517,00

Nombre de dossiers : 2

LAALEJ VISION

بصريات لعلاج

Sidi Moumen Bd Lalla Soukaina
Groupe 3 N° 83 - Casablanca
Tél : 05 22 71 32 31
Patente : 15264949

سيدي مومن الجديد شارع لالة سوكينة
مجموعة 3 رقم 83 - البيضاء
الهاتف : 05 22 71 32 31
بالتقنا : 15264949

FACTURE N° 1169

ICE : 000169223000063
15/05/2024

Casablanca, le :

M : NAJID Abdelaziz
RC : 449460 TP : 33022284 Doit.

Docteur : EL Zahraoui Manal

Nomenclature N° : NCNSS : 4720802

VL : OD : cyl Sph + 2.00 (- 1.25 à 105°)

OG : cyl Sph + 2.50 (- 1.75 à 75°)

VP : OD : cyl Sph } add : + 2.75
OG : cyl Sph }

Monture : Optique 400,00DH

Verres progressif Transition A.R. 1.5 2600,00DH
NIKON

Facture arrêtée à la somme de :

T : 3000,00DH
Tél : 05 22 71 32 31

Trais Ville de Casablanca
espèces

LAALEJ VISION
Opticienne Optométriste
Tél : 05 22 71 32 31

O

D

O

G

90

90

Royaume du Maroc

CNOPS

Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
POLICE



Nom et prénom : NAJID ABDELAZIZ

Né (e) le : 08/04/1950 Org. CMR

Immatriculation

251

رقم التسجيل

709278

S. O. M. / Etab. / Pens.

7031450

Affiliation رقم الانخراط

73181

Le Directeur المدير

Date affiliation

18/08/2005

copie

23/01/2006 Conjoint الزوج (ة)

Sec. IMM
C.N.O.P.S

الإسم والنسب
متزوج (ة) بتاريخ
المهنة
الأبناء

تاريخ الإزدياد

الإسم

تاريخ الإزدياد

الإسم

--	--

copie

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف



ABDELAZIZ

NAJID

N°

08.04.1950

عبد العزيز

نجيد

مزداد بتاريخ

ب عين السبع حي المحمدي عين السبع

AIN SEBAA HAY
MOHAMMADI AIN SEBAA

المفوض العام للأمن الوطني

عبد اللطيف حموشي



CAN 869123

N° B60110

رقم

صالحة إلى غاية 14.11.2030 Valable jusqu'au

وقد

N° état civil

885/1952

رقم الحالة المدنية



0P12GD7W

بن ابراهيم بن الطاهر
و راقية بنت الحسين

Sexe M الجنس

Fils de BRAHIM ben TAHAR

El de RKIA bent EL HOUSSINE

العنوان إقامة العميون شارع عقبة بن نافع عمارة 42 شقة 5 الدار البيضاء

Adresse RESIDENCE LAAYOUNE BD OKBA BNOU NAFIA IMM 42 APT 5 CASABLANCA

IDMAROP12GD7W<1B60110<<<<<<<<
5004081M3011146MAR<<<<<<<<<9
NAJID<<ABDELAZIZ<<<<<<<<<<<<<