

# 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.

## 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 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'Hotel  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Complément caajoind  
Déclaration de Maladie

N° M21- 069620

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 748 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Chraïbi Latifa

Date de naissance : 20/10/1947

Adresse : Résidence 2 Hauts No 102, Avenue 2 Hauts,  
quartier de l'habitant CASA

Tél. : 0661806768 Total des frais engagés : 3000,00 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 : CASA Le : 29/10/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنتها بالوصفات المرسلية.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الاضطراب الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع التعااضدية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de Soins Maladie

أمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم 1.1.01.01 ANAM Réf

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

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

Nom et prénom : ..... IBN ZAYOUN A. A. : اسم العائلي والشخصي  
N° Affiliation : 207022 : الإنخراط  
N° Immatriculation : 44 1374 8311 : التسجيل  
N° CIN : B 1 1374 2491 : بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن  
Adresse : B.D. 2 MARS Résidence 2 MARS n° 102 : وان:  
Montant des frais : 3.000,00 Dhs : المصاريف  
Nombre de pièces jointes : 4 : الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins مستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : ..... IBN ZAYOUN A. A. : اسم العائلي والشخصي  
Date de naissance : 04/04/1944 : تاريخ الإزدياد  
N° CIN : B 1 1374 2491 : بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe\* : M  ذكر F  أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1091030481 : الوطني الإستدلالي للممارسين  
Type de soins العلاجات  
Maladie\*  مرض \* Pli confidentiel remis\*  Oui  Non : تقديم الظرف المغلق  
Maternité\*  أمومة \* Date de grossesse : ..... : تاريخ الحمل  
Date prévue d'accouchement : ..... : تاريخ المرتقب للولادة  
Hospitalisation\*  استشفاء \* Date d'hospitalisation : ..... : تاريخ الإستشفاء  
Accident\*  حادث \* Date d'accident : ..... : تاريخ الحادث  
Causes : ..... : أسباب الحادث

أشهد بصحح كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : ..... حرر به :  
le 20/10/2011 في :  
Touche le 20/10/2011 توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)

أشهاد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : ..... حرر به :  
le 20/10/2011 في :  
Touche le 20/10/2011 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de

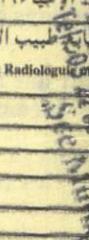
Description des actes effectués					وصف العمليات المجراة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	
06/10/21	CS					

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					الإجراء، الأشعة والصور	
تاريخ العمليات Date 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	
06/10/21						

INP : 0000000000

INP : | | | | | | | | | |

INP : | | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux					إجراءات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date 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 Paramé	
						

INP : | | | | | | | | | |

INP : | | | | | | | | | |



MR ALI IBN ZIDOUN  
NO 102 BD 2 MARS

CASABLANCA  
20100 CASABLANCA MAARIF

000070405389

Accusé de Réception

N° Réception : 70405389  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : IBN ZIDOUN ALI  
Immatriculation : 44384831 / 040142998  
Nom et Prénom Bénéficiaire : IBN ZIDOUN ALI  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 25/10/2021 11:44  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40134  
Valeur du dossier : 3000,00  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : M4M0525

Code Etablissement :  
Etablissement :

## Reçu de paiement Mandati Organisme إيصال أداء مانضتي

المستفيد / Bénéficiaire

الاسم العائلي و الشخصي / Nom et Prénom : IBN ZIDOUN ALI

العنوان / Adresse :

Type pièce d'identité : CIN

N° pièce d'identité : B378249

N° Affiliation : 441384831

Organisme : CNOP

ID Paiement

ID Mandat

تاريخ الأداء / Date de paiement

مبلغ التحويل / Montant du transfert

الوكالة / Agence

33

21-5-350708

17/12/2021 15:25:52

1842,30 MAD

24111-BC CASABLANCA  
2 MARS

توقيع الزبون / Signature du client

توقيع العون / Signature de l'agent

(\* ) Les conditions générales relatives aux services du transfert sont disponibles dans votre agence à la demande.

BARID CASH, SA. Au capital de 50 000 000 MAD, Siège social : Angle boulevard Hassan II et boulevard de Paris - Casablanca - Registre Commerce n° : 292237 Casablanca- Patente n° : 35 591751 Identifiant Fiscal n° 14466363 - C.N.S.S n° : 980 2572



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)

معلومات	ENREGISTRE 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
---------	--------------	------	--------------------------

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

نوع الملف	Date de réception	تاريخ العملية	طريقة الدفع	Beneficiaire	المصاريف	كوبون	التعديلات	المجموع
1	-	07/12/2021	E-Mandat	-	3 000,00	1 600,00	250,00	1 850,00
70405389	25/10/2021	Payé en : 43 jours		IBN ZIDOUN ALI	3 000,00	1 600,00	250,00	1 850,00
1	-	13/07/2021	E-Mandat	-	1 606,00	1 327,20	50,00	1 883,20
1	-	25/12/2020	E-Mandat	-	2 100,00	1 447,20	50,00	2 697,20
2	-	09/11/2020	E-Mandat	-	6 292,00	1 507,20	1 14,50	8 013,70
1	-	09/07/2020	E-Mandat	-	2 100,00	1 417,20	50,00	2 667,20

Ryad  
Oncologia Clinic



مصحة  
الرياض للأونكولوجيا

**Pr. A. Acharki**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. O. Alami**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. H. El Boussairi**  
Onco-Radiothérapeute

**Pr. A. Benider**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. S. Sahraoui**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Pr. N. Benchakroun**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Mardi AM / Vendredi AM

**Pr. Z. Bouchbika**  
Onco-Radiothérapeute  
TPA: Lundi AM / Jeudi AM

**Dr. S. Mouafik**  
Onco-Radiothérapeute

**Dr. C. Lahmamssi**  
Onco-Radiothérapeute

06140121

Mon Zidou

Ali

néo de lo venistocité  
e 2018.

Tom

fluoraco -  
alhomino pek

N° 15 Allée du Persée, Bd Anoual - Quartier des Hôpitaux Extension - Casablanca  
Tél : 05 22 86 27 00(LG) / 86 25 31 - Fax : 05 22 86 25 56 - [www.oncologieriyad.com](http://www.oncologieriyad.com)  
GSM : 06 62 09 54 15 - 06 62 09 54 26

# مصحة الاختصاصات الشفاء Clinique des Spécialités Achifaa

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

CASABLANCA LE 06/10/2021

NON ET PRENOM : MR IBEN ZIDOUN ALI

## SCANNER THORACO-ABDOMINO PELVIEN

### Technique :

Acquisition hélicoïdale sans et avec injection de produit de contraste avec reconstruction multi planaire.

### Résultats :

#### A l'étage thoracique :

- Absence de foyer parenchymateux organisé ou de plages en verre dépoli décelables à droite.
- Absence de nodule pulmonaire suspect décelable à droite.
- Absence de syndrome bronchique ou interstitiel.
- Absence d'épanchement pleuro-péricardique.
- Absence d'adénomégalie de taille significative.
- A noter un petit épanchement des récessus péricardiques.

#### A l'étage abdomino-pelvien :

- Foie de taille normale, de contours réguliers de densité homogène.
- La vésicule biliaire libre, de paroi fine.
- Absence de dilatation des VBH ou VBEH.
- Les deux reins sont de taille normale, de morphologie normale, sans dilatation pyélocalicelle décelable, siège d'un kyste rénal cortical bilatéral d'allure simple, mesurant à droite : 37 mm de grand axe, mesurant : 98 mm de grand axe à gauche.
- Uretères fins et libres.
- La rate est de taille normale, homogène.
- Le pancréas est d'aspect normal.
- Epaissement d'allure nodulaire de la surrénale gauche de 13 mm d'épaisseur maximal.
- Surrénale droite sans anomalie.
- Pas d'épanchement péritonéal.
- Vessie de bonne capacité, de paroi fine, de contenu liquidien homogène.
- Prostate parait d'aspect TDM normal siège de quelques calcifications.
- Absence d'adénomégalie intra ou rétro péritonéal.
- Absence d'épaississement pariétal digestif.
- Absence de lésion osseuse décelable d'allure suspecte à l'étage étudié.

#### Au total :

- Epaissement d'allure nodulaire de la surrénale gauche : secondaire ? A confronter aux restes des données du bilan.
- Absence d'autre anomalie notable d'allure secondaire à l'étage thoraco-abdomino-pelvien.
- A noter un kyste rénal bilatéral d'allure simple très marqué à gauche.

Cordialement

Dr. Amal ALLALI  
Médecin Radiologue

CLINIQUE-ACHIFAA  
Soc. Radiologie  
Angle Dall'on & la Vierge

Angle Rues Lahcen El Arjouné et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc  
Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24  
E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cot : 190780212119260735000196

CLINIQUE DES SPECIALITES ACHIFAA

CASABLANCA

# Reçu de caisse

Médecin : DR. TAYFOUR

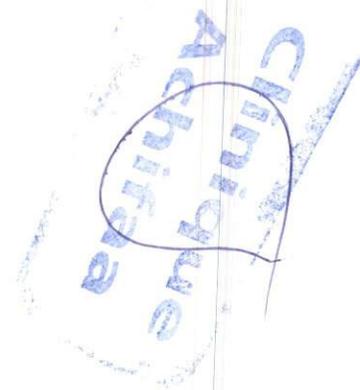
SCANNER THORACO-ABDO

N° : 21100611145570600 / 2 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21A15138	IBN ZIDOUN ALI	06/10/2021

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Chèque	BMCI 9131571 Lui-même	3 000.00
PAYANT	Total	3 000.00

TROIS MILLE DIRHAMS



# مصحة الاختصاصات الشفاء

## Clinique des Spécialités Achifaa



Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août)  
05 22 85 92 20 (10 L.G.) - Fax : 05 22 86 22 23 - Casablanca - Maroc

### FACTURE

N°: 202106518 / 2021 du 06/10/2021

Nom patient **IBN ZIDOUN ALI**  
**PAYANTS**

Entrée 06/10/2021

Sortie 06/10/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SCANNER THORACO-ABDOMINAL	1.00		3 000.00	3 000.00
				3 000.00
<b>Total Clinique</b>				<b>3 000.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS MILLE DIRHAMS

**Total**

**3 000.00**

Stamp and signature area with text: 05 22 85 92 20 / 05 22 86 22 23 - CASABLANCA - MAROC

Angle Rues Lahcen El Arjoune et Lavoisier (face Hôpital 20 Août) - Casablanca - Maroc

Tél.: 05 22 85 92 20 (10 L.G.) / Fax : 05 22 86 22 23 - URGENCES 24/24 مستعجلات

E-mail : cliniqueachifaa@menara.ma - Cpt : 190780212119260735000196

I.F.: 40158488 - CNSS : 7724223 - Patente N° 37908413 - ICF : 001743751000004

Le, 07/12/2021

IBN ZIDOUN ALI  
NO 102 BD 2 MARS  
CASABLANCA MAAR 20100



Objet: Avis de notification d'un mandat.

MR (MME),

Nous vous informons qu'un mandat au titre du remboursement des frais d'assurance maladie est à votre disposition pour le paiement dans l'agence Poste Maroc de votre choix.

Ses caractéristiques sont les suivantes :

- N° d'émission du mandat : 00127248
- N° d'Affiliation : 441384831
- Date d'émission mandat : 07/12/2021
- Montant engagé : 3000,00
- Montant remboursé : 1842,30
- Expéditeur : OMFAM-CMB B.P 9010 CASA
- Date de fin de validité : 07/02/2022

Date et signature

Timbre de l'agence de paiement

080 200 32 32

@ www.albaridbank.ma