

# 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.

## Optique 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.

## Education :

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



## Complément Déclaration de Maladie

N° M20- 0005510

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : royal air maroc

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : SABIRI BOUARZA (104657)

Date de naissance : 10/02/1960

Adresse : 86, L'assiette Abderrahim 1 Medouna

Tél. : 0676041956 Total des frais engagés : 627,30 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 : Casablanca Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : Abu

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الإسم 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 المشتراء و أثماناتها بالوصفات المرسلة .

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 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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 التعريفة الوطنية المرجعية .

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

الأخطاء 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره .

Cachet et signature de ma mutuelle	توقيع و طابع التعاضدية
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإبداع: لـ لـ لـ لـ لـ لـ

 <b>CNOPS</b>	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de soins Maladie</b>	<b>التأمين الإجباري عن المرض</b> <b>Assurance Maladie Obligatoire</b>															
N°Bordereau :	N°Dossier :	Réf ANAM															
Partie réservée à l'assuré(e)		مراجع رقم															
خاص بالمؤمن له (ها)																	
<p>Nom et prénom : <u>EDDARBALI Amino</u> الإسم العائلي والشخصي : _____</p> <p>N° Affiliation : <u>351050</u> رقم الإخراط : _____</p> <p>N° Immatriculation : <u>01329018094</u> رقم التسجيل : _____</p> <p>N ° CIN : <u>37R8701</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____</p> <p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :</p> <p style="text-align: center;"><input checked="" type="radio"/> Conjunto زوج <input type="radio"/> Enfant ابن</p> <p>Adresse : <u>86, Left, Sidi Abderrahman, medina</u> العنوان : _____</p> <p>Montant des frais (Dhs) : <u>637,30</u> مبلغ المصاري (درهم) : _____</p> <p>Nombre de pièces jointes : <u>2</u> عدد الوثائق المرفقة : _____</p>																	
Déclaration du médecin traitant تصریح الطبيب المعالج																	
<p>Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات</p> <p>Nom et prénom : <u>IZNNA RRAI AMINA</u> الإسم العائلي والشخصي : _____</p> <p>Date de naissance : <u>13/11/1987</u> تاريخ الإزدياد : _____</p> <p>N° CIN : <u>37R8701</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : _____</p> <p>Sexe : <input checked="" type="radio"/> ذكر <input type="radio"/> أنثى الجنس : _____</p>																	
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج																	
<p>N°INP <u>0911896901</u> الرقم الوطني الاستدلالي للمارس</p> <p>Type de soins نوع العلاجات</p>																	
<table border="1"> <tr> <td>Maladie <input type="radio"/></td> <td>مرض <input type="radio"/></td> <td>Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تم تقديم الظرف المغلق</td> </tr> <tr> <td>Maternité <input type="radio"/></td> <td>أمومة <input type="radio"/></td> <td>Date de grossesse : <u>11/11/11</u> تاريخ الحمل</td> </tr> <tr> <td>Hospitalisation <input type="radio"/></td> <td>استشفاء <input type="radio"/></td> <td>Date d'hospitalisation : <u>11/11/11</u> تاريخ الاستشفاء</td> </tr> <tr> <td>Accident <input type="radio"/></td> <td>حادث <input type="radio"/></td> <td>Date d'accident : <u>11/11/11</u> تاريخ الحادث</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>Causes : _____ أسباب الحادث</td> </tr> </table>			Maladie <input type="radio"/>	مرض <input type="radio"/>	Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تم تقديم الظرف المغلق	Maternité <input type="radio"/>	أمومة <input type="radio"/>	Date de grossesse : <u>11/11/11</u> تاريخ الحمل	Hospitalisation <input type="radio"/>	استشفاء <input type="radio"/>	Date d'hospitalisation : <u>11/11/11</u> تاريخ الاستشفاء	Accident <input type="radio"/>	حادث <input type="radio"/>	Date d'accident : <u>11/11/11</u> تاريخ الحادث			Causes : _____ أسباب الحادث
Maladie <input type="radio"/>	مرض <input type="radio"/>	Pli confidentiel remis : <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non تم تقديم الظرف المغلق															
Maternité <input type="radio"/>	أمومة <input type="radio"/>	Date de grossesse : <u>11/11/11</u> تاريخ الحمل															
Hospitalisation <input type="radio"/>	استشفاء <input type="radio"/>	Date d'hospitalisation : <u>11/11/11</u> تاريخ الاستشفاء															
Accident <input type="radio"/>	حادث <input type="radio"/>	Date d'accident : <u>11/11/11</u> تاريخ الحادث															
		Causes : _____ أسباب الحادث															
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : <u>MEDIGONA</u> حرر : _____  le : <u>24/10/2016</u> في : _____</p> <p>توقيع المؤمن له (ها)  Signature de l'assuré (e)</p> <p><i>A</i></p>																	
<p>أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : _____ حرر : _____  في : _____</p> <p>ترقية وظيفة الطبيب المعالج او المذيبة الصحفية  Mise à niveau et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> <p><i>Dr. Homa</i>  Bd Alal Benhia  1er étage - 10010  Casablanca - Maroc</p>																	

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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 الإحياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					

عمليات المساعدات الطبيعية

---

**Actes Paramédicaux**

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المحرّاة

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيدها و التجهيزات الطبية الممونة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذية Date d'exécution	التنمن المغورت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cache du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/12/21	507,3-	Pharmacie NASKALLAH Mr MAAMAR Ismaïl Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 Mediouna Casablanca Tél: 06 72 03 85 00
		INP: 1098044997
		INP: _____
		INP: _____
		INP: _____



pour compléter dossier  
royal air maroc

décompte :-

Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil > Application > assure app



 Le système n'est pas pour la santé

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	-	15/02/2022	Virement	-	627,30	275,40	0,00	275,40
72129559	24/01/2022	Payé en : 22 jours		EDDARBALI AMINA	627,30	275,40	0,00	275,40



MME EDDARBALI AMINA  
SALMIA 2 RUE 28 IMM 7 APT  
2  
CASA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001



### Accusé de Réception



N° de Dossier : **72129559** Date et heure : **24/01/2022 11:36**  
Nom et prénom Assuré : **EDDARBALI AMINA**  
Immatriculation : **93908094 / 500305223**  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **EDDARBALI AMINA / 01**  
Type de dossier : **FEUILLE DE SOINS**  
Lieu de réception : **CASA SIEGE 90150**  
Valeur en Dirhams : **627,30** Nombre de pièces : **6**  
Code Etablissement : **9MGE336**  
Nom Etablissement : **A**

# Docteur Houria BEL AL AATTAR

Diplômée de la Faculté de Médecine  
& de Pharmacie de Casablanca

Médecine Générale  
Echographie  
Electrocardiogramme



# الدكتورة حورية بن العطار

خريجة كلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

الطب العام  
الفحص بالصدى  
التخطيط الكهربائي للقلب

18 DEC 2021

EDNAAR BALI Amal

111,00

1) Eraxin 500 mg

S.V.

18,75

2) Effipred 20

2 Pcs

79,90

3) Doliprane vit C

Tablettes x 30

18,00

4) Doliprane vit C

18,00



EFFIPRED®  
20 Comprimés effervescents 20 mg

6 118 EFFIPRED® 20 mg

PPU 58DH40  
EXP 08/2024  
LOT 16030 15



Lot :  
À consommer  
avant le :  
PPC : 79,90 DH

210698  
09/2024

DolipranevitamineC®  
Paracetamol 500mg + VitamineC 150mg  
16 comprimés effervescents



1 Triple - 251.

87,000 - 100

## 1. Characteristics of Dewar

8,000  $\times$  2

{07,}.

MEDECIN GENERALISTE  
30 Allal Ben Abdallah - 1000 Casablanca  
14 El Oued - Kefourouwa - Tel: 06 22 33 00



AMM n° 502/17 DMP/21 NNP  
3001089B103001

  
 6 118001 130306  
 TRIPLIXAM 10mg/2,5mg/10mL  
 30 comprimés pelliculés  
 PPV : 184,00 Dh  
 Servier Maroc - Casablanca

ESPÉRANTE PRESCRITTE  
TE ! - ÚNIQUEMENT SUR ORDONNANCE  
فقط : لا يصرف إلا بمرجع وصيغة

## Glucophag

30 Comprimés



6 1180



**Glucophage® 1000 mg**



6 118000 081333

merci