

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Informations 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, parodontologie 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.

### 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 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- 0060276

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : CHADIT Abdelghani  
Date de naissance : 15.07.1967  
Adresse : 56, rue Mohammed VI 218 CID  
Tél : 0661976344 Total des frais engagés : 1507,80 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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



nement.

lle de soins doit être accompagnée de  
les pièces justificatives originales  
nances médicales, factures, résultats  
mens de radiologie et/ou de laboratoire).

m et prénom de la personne soignée  
t être portés par les praticiens eux mêmes  
aque feuille de soins.

rospectus et les PPM concernant les  
aments achetés doivent être joints aux  
nances transmises.

euille de soins ainsi que les pièces  
icatives doivent être présentées à votre  
elle dans les deux mois qui suivent le  
ier acte médical, sauf s'il y a traitement  
al continu. Dans ce dernier cas, le dossier  
tre présenté dans les soixante (60) jours  
ivant la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera  
ué sur la base de la tarification nationale  
férence.

isques liés aux accidents du travail et  
lies professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse  
ration pour obtenir des prestations qui  
nt pas dues, est passible des sanctions  
s et réglementaires.

igation de remboursement prise par la  
PS est subordonnée au respect des  
tions réglementaires et de ce qui précède.

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية 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 التعريفة  
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض  
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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.

CNOPS

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ELYATIME BOUADA** الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **343334** رقم الإنخراط

N° Immatriculation : **432824379** رقم التسجيل

N° CIN : **BH317481** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Adresse : **56 Hay messadia R18 CID** العنوان

Montant des frais (Dhs) : **1507,80** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **03** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : **الاسم العائلي و الشخصي**

Date de naissance : **تاريخ الميلاد**

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

Sexe\* : **M** ذكر **F** أنثى الجنس \*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091049023** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **نوع العلاجات**

Maladie\* : **مرض** تم تقديم الظرف المغلق\* : **Oui** **Non**

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

Hospitalisation\* : **استشفاء** التاريخ المرتقب للولادة : **Date prévue d'accouchement :**

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

Causes : **أسباب الحادث :**

أسباب الحادث :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **Casa** حرر بـ : **في**

le : **05012022** في : **05012022**

توقيع المؤمن له (لها) : **Signature de l'assuré (e)**

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

O.M.F.A.M

21 JAN 2022

Arrivée Ain Chok

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع :

أشهر بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casa** حرر بـ : **في**

le : **05012022** في : **05012022**

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشهر الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المستند

Dr. BELGHMI Rachid

Médecin Général

## وصف العمليات المجراة

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

ليات 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	ملاحظات ملاحظات Signature et Cachet du Par.



MME ELYATIME HOUDA  
NR 56 HAY MESSAOUDIA  
RUE 18 CITE DJEMAA CASA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
CASABLANCA CITE DJEMAA  
20452



## Accusé de Réception



N° de Dossier :

72112487

Date et heure : 21/01/2022 14:56

Nom et prénom Assuré :

ELYATIME HOUDA

Immatriculation :

43824379 / 040189599

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

ELYATIME HOUDA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA AIN CHOCK

Valeur en Dirhams :

1 507,80

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0337

Nom Etablissement :

Ce plug-in n'est pas compatible.



Accueil | Application | assure app

Menu

Ma situation

Remboursements

Prises en charge

Inscription

PAYE

Information

En vertu de l'article 73 de la 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 l'adire Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).



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 21/02/2022 Virement - 1 507,80 616,92 258,68 875,60

72112487 21/01/2022 Payé en : 31 jours ELVATIME HOUDA 1 507,80 616,92 258,68 875,60

Docteur Rachid BELGHMI  
Spécialiste en Médecine du Sport  
Médecine Générale



الدكتور رشيد بلغمي  
تخصص في الطب الرياضي  
الطب العام

وصفة طبية  
ORDONNANCE  
Le 5.01.22

- ① Elyatine 4000  
(55,00 x 2)  
① cl. Axiol - 1g  
1cp x 2/j après repas, 14j  
(48,50 x 2)  
② Zeclar 500mg  
1cp x 2/j après repas, 14j  
(48,50 x 4)  
③ T. beral - 500  
1cp x 2/j après repas, 14j  
(82,10 x 4)  
④ Inexim 20  
1cp matin et soir avant repas / 14j  
27,00  
⑤ Arixer 500mg  
157,10 gel. de soir au coucher  
(157,10 x 2)  
⑥ De crestin 10mg x 2  
1cp/j le soir

Dr. BELGHMI Rachid  
Médecin Général

جميلة 4 زقة 98 - سبابة - الدار البيضاء الهاتف: 06 63 30 09 58

1357,80

1



2



3



4



5



6

