

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 :
En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

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
Déclaration : contact@mupras.com
Prendre 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



Déclaration de Maladie
M22- N° 004736

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : veuve MAHJEL
Nom & Prénom : HADRA Adhat
Date de naissance : 17/9/45
Adresse : 58 Nakalead Akili Res Dan Nakleuf
Bangue Case
Tél : 06 60 37 63 80 Total des frais engagés :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 :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
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 : 8 / 4 / 22
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.

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماهدية 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور 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 التماهدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HAROUNI الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 1410781 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 141076025 رقم التسجيل :

N° CIN : B138040 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 58, Nakellad Akali Res. San Nakellad 4 العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1364,00 Mh مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 7 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : الجنس* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 33100688 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات :

Maladie* ☐ مرض* Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق* :

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

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

Accident* ☐ حادث* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

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

Fait à :

le : 08/06/2014 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أشهد بصحة صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus portées et vérifiées.

Fait à :

le : 28/06/2014 في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du praticien
* Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

الخانة
تلف : 05 22 41

description des actes effectués

وصف العمليات المجرات

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
28/08/21	G			2000	Dr. Abdelhak BOUOUDIA Ophthalmologiste 70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage - Casablanca Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72
28/09/21	K80			10000	Dr. Abdelhak BOUOUDIA Ophthalmologiste 70, Rue Allal Ben Abdellah 1er Etage - Casablanca Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الذمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou du Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/08/21	164,00	PHARMACIE DE L'AVENIR M. EL BOUOUDI 100, Bd Med El Meknassi Bourgogne Casablanca - Tél.: 05 22 27 22 31

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والتصوير

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 الأحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

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

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect)

Ma Situation

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

ENREGISTRE 1

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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	-	28/12/2021	Virement	-	901,70	341,76	75,04	416,80
1	-	11/11/2021	Virement	-	1 018,00	834,00	50,00	884,00
2	-	15/07/2021	Virement	-	2 374,30	1 480,70	240,00	1 720,70
1	-	15/04/2021	Virement	-	2 041,00	1 404,80	405,20	1 810,00
1	-	05/03/2021	Virement	-	1 239,20	795,20	180,00	975,20
1	-	08/02/2021	Virement	-	629,80	488,80	50,00	538,80
1	-	09/11/2020	Virement	-	1 665,00	1 216,80	304,20	1 521,00
1	-	09/10/2020	Virement	-	843,90	595,80	50,00	645,80
1	-	17/09/2020	Virement	-	375,80	131,41	44,89	176,30
1	-	04/09/2020	Virement	-	323,00	120,00	30,00	150,00
1	-	03/08/2020	Virement	-	790,80	595,80	50,00	645,80

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

☆☆☆☆☆

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 28/05/21 في الدار البيضاء

M. HADRI ADRA.

GEOFFANNE SV6 BOKES

g - y f 4 mo

41.00x4

164,00

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme DAUDI
100, Bd Med El Meknassi Bourgoigne
Casablanca - Tél. 05 22 27 22 31

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophthalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000068005709

Accusé de Réception

N° Réception : 68005709
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 1/06/2021 9:48
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur du dossier : 1364,00
Nombre de pièces : 7
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :
Etablissement :

Royaume du Maroc



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000068005709

Accusé de Réception

N° Réception : 68005709
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 1/06/2021 9:48
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur du dossier : 1364,00
Nombre de pièces : 7
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :
Etablissement :

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAIS D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف : 05 22 74 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 18/07/14 في الدار البيضاء

Honoraires

Reçu de Mr

HADJI AOMA

La somme de

1000,00

Pour

A titre de pour 416 pour
Caproléon de Cataracte secondaire
op gauche

Médicament autorisé
N° : 3400933194819

Code CIP 13



3400933194819



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g
Distribué par COOPER PHARMA
41, rue Mohamed Diouri, Casablanca
Pharmacien Responsable:
Mme Amina DAOUDI
PPV : 41.00 DH

Cacher - signature

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah
1er Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72



6 118001 100958

GEL-LARMES - Gel Oph. Tube de 10 g

Médicament autorisé
N° : 3400933194819

(id il
ves)

Code CIP 13



3400933194819