

**LETTRE 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.

**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.

**Optique :**

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 facture 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**

Information	: contact@mupras.com
En charge	: pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

La mutuelle garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

**Cadre réservé à l'adhérent(e)**

Matricule : 6073 Société : AA 11846

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEKKALI SOAAD

Date de naissance : 27/11/1959

Adresse : Coopérative Achraf, IMMeuble HA , apt 5,  
AIN CHOCK, CASABLANCA , 20470, MAROC

Tél. : 0662337614 Total des frais engagés : 749,70 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

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

Le : 12/05/2022



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		.....
		.....
		.....
		.....
		.....

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

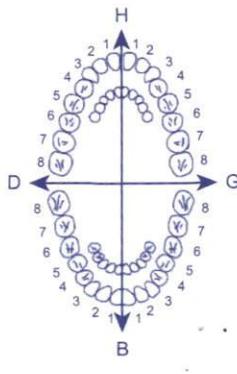
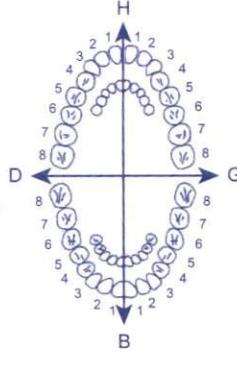
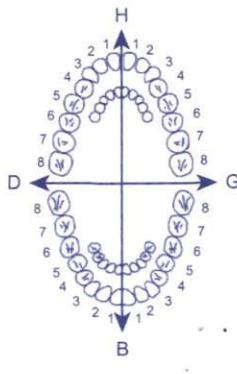
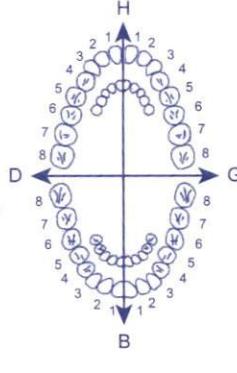
## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la

### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODD.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H D	G B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
			25533412   21433552 00000000   00000000 ----- 35533411   11433553	MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT			



التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Détail de notre dossier

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : BEKKALI SQUAD

الاسم العائلي والشخصي

1871790

رقم الانخراط

45244444

رقم التسجيل

BA5351139

رقم بطاقة التعريف الوطنية

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire  
avec l'assuré(e)\*Conjoint  زوج  Enfant  ابنةعلاقة القرابة  
بين المستفيد والمؤمن له\*Adresse : Coopérative Achraf immobile HA, opt 5  
Casablanca, Ain Seba, 20470, MAROC

العنوان

Montant des frais (Dhs) : 749,70

مبلغ المصارييف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 2

عدد الوثائق المرفقة

## Déclaration du médecin traitant

## ال聲明 في الخدمة الطبية

## Bénéficiaire de soins

## المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance :

Tarihi الزاديدات

19711215

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية

19711215

Sexe\* :

الجنس\* :

Masculin 

ذكر

Féminin

أنثى

## Document d'identification du praticien traitant

## بيان في الخدمة الطبية

\* N° INP

145351139

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

## نوع العلاجات

## Type de soins

- |                  |                          |           |
|------------------|--------------------------|-----------|
| Maladie*         | <input type="checkbox"/> | مرض *     |
| Maternité*       | <input type="checkbox"/> | أمومة *   |
| Hospitalisation* | <input type="checkbox"/> | استشفاء * |
| Accident*        | <input type="checkbox"/> | حادث *    |

Pli confidentiel remis\* :

oui

non

تم تقديم الظرف المغلق \*

Date de grossesse :

oui

تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement :

oui

التاريخ المرتقب للولادة :

Date d'hospitalisation :

oui

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

oui

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

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

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : RABAT

Fait à :

حرر في :

Le : 11/01/2022

Le :

في :

توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)توقيع وظابط الطبيب، المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* أشطب الخانة

\* Cocher la mention utile pour chaque case

(يطلب منك إثباتاً كلامياً يثبت ملائمة هذا المقدمة لـ)

### Description des actes effectués

٢٥٦ (١) مذكرة المحرر

CIM-10

نوعي وملابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوت Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
		23/12/2021 449,75
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	
	INP : <input type="text"/>	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

RABAT

## Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
21L230843	BEKKALI SOUAD	23/12/2021
Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	<b>Total payé</b>	<b>300,00</b>

Reçu établi par :WISAL



*Cir*

مصحة العيون الرباط



PT211223084710

23 décembre 2021

BEKKALI SOUAD

149,90 x 3

OCULARM PAN COLLYRE 10ML

1 goutte 3 fois par jour et à la demande , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

TOT: 4 + 7,0

Ocularm Pan OSD  
Hydrochlorate de sodium 0,1% - Dexaméthasone 0,05%  
Collyre 10 ml P.P.C : 149,90 DH



Ocularm Pan OSD  
Hydrochlorate de sodium 0,1% - Dexaméthasone 0,05%  
Collyre 10 ml P.P.C : 149,90 DH



Ocularm Pan OSD  
Hydrochlorate de sodium 0,1% - Dexaméthasone 0,05%  
Collyre 10 ml P.P.C : 149,90 DH



Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc / PATENTE : 25741396 / IF : 14471365  
CNSS : 9622423 / INPE : 100061548 - Tél : 05 37 67 66 66 - Fax : 05 37 77 72 51  
contact@cliniquevisionrabat.ma

03/01/2022 10:58:50



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

NON PAYE 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	-	18/02/2022	Virement	-	749,70	120,00	0,00	120,00
71914978	12/01/2022	Payé en : 37 jours		BEKKALI SOUAD	749,70	120,00	0,00	120,00
■ 1	-	30/11/2021	Virement	-	1 657,00	1 260,80	315,20	1 576,00
■ 1	-	15/10/2021	Virement	-	3 750,00	1 000,00	250,00	1 250,00
■ 1	-	25/08/2021	Virement	-	288,80	70,98	30,42	101,40
■ 1	-	06/05/2021	Virement	-	1 590,00	436,78	158,62	595,40
■ 1	-	18/03/2021	Virement	-	604,55	184,00	38,50	222,50
■ 1	-	05/03/2021	Virement	-	1 350,50	1 047,20	261,80	1 309,00
■ 1	-	21/01/2021	Virement	-	1 473,30	430,58	143,82	574,40

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

★★★★★