

# ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie


N° M21- 0061018

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6073 Société : AA 4846  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BEKKALI SOUAD  
 Date de naissance : 27/11/1959  
 Adresse : Coopérative Acharaf, 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 Le : 12/05/2022  
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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.

### Diagnostique 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.

### Educations :

- 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 canalaire, 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.

- Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

### 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](mailto:contact@mupras.com)  
 En charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
 Admission et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

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

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](http://www.mupras.com)



### RELEVÉ 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 Coefficients	Montant des Honoraires

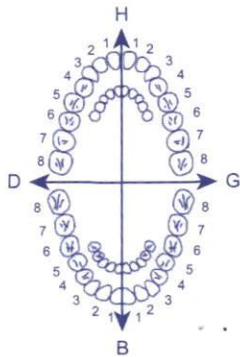
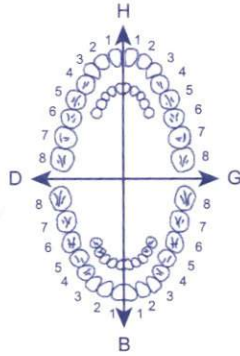
### AUXILIAIRES MEDICAUX

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 nature et le coefficient.

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'OD.

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412 21433552            00000000 00000000  <b>D</b> ————— <b>G</b>            00000000 00000000            35533411 11433553  <b>B</b> </div> </div> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX	
				MONTANTS DES SOINS	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT

N° Bordereau :

N° Dossier :

Nom et prénom : **BEKKALI SOUAD** الاسم العائلي والشخصي  
N° Affiliation : **871790** رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **1452** رقم التسجيل  
N° CIN : **BA51351139** رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له  
Adresse : **Coopérative Acharaf Immeuble HA, apt 5, Casablanca, Ain Chock, 20470, MAROC** العنوان  
Montant des frais (Dhs) : **749,70** مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **2** عدد الوثائق المرفقة

**Déclaration du médecin traitant**

**المستفيد من العلاجات**

**Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي  
Date de naissance : تاريخ الميلاد  
N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى الجنس \*

\* N° INP

**1497715139**

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

**Type de soins**

Maladie\* ☐ مرض  
Maternité\* ☐ أمومة  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء  
Accident\* ☐ حادث

Pli confidentiel remis\* : ☐ oui ☐ non تم تقديم الظرف المغلق \*  
Date de grossesse : تاريخ الحمل  
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة  
Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء  
Date d'accident : تاريخ الحادث  
Causes : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **RABAT** حرر بـ :  
Le : **11/09/2024** في :  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **RABAT** حرر بـ :  
Le : **11/09/2024** في :  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
23/12/2021	5			500	

CIM - 10

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/12/2021	449,70	
	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
	Total payé	300,00

Reçu établi par : WISAL





Ciro

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: 449,70



Avenue Ibn-Khaldoun - Rabat - Maroc / PATENTE : 25741396 / IF : 14471365  
CNSS : 9622425 / INPE : 100061548 / Tél : 05 37 67 66 66 / Fax : 05 37 77 72 51  
contact@cliniquevisionrabat.ma



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

❶ 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>)

★★★★★

Assurés Producteurs de soins Employeurs Plan du site

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés.  
Réalisation SQLI