

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

entaire :

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° P19- 0041576

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7633 Société : 115103

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ZGHAIJION HABIB

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : 126, lot AL Youstakoul - Sidi Yaounef

Tél. : 06 66 16 36 98 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 :

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 : Le : 13/05/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : MIFTAH AZIZA

N° Affiliation : 210109519

N° Immatriculation : 43121491044

N° CIN : BIE294114

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Adresse : 126 Lotissement AL Noustakhal

Si : Marrakech Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1444

Nombre de pièces jointes : 3

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : MIFTAH AZIZA

Date de naissance : 23/03/1964

N° CIN : BIE294114

Sexe* : Masculin ☐ أنثى ☒ Féminin

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

951039919

* 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* ☐ إستشفاء

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* ☐ حادث

Date d'hospitalisation :

تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Causes :

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

Fait à : Casablanca

Le : 16/02/2022

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

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare l'exactitude et la sincérité des renseignements ci-dessus.

Fait à : Casablanca

Le : 16/02/2022

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature et Cachet 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

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	Signature et Cachet du Pharmacie Charles Nicolle Pharmacie Charles Nicolle HEDYA TAK TAK 99, Place Charles Nicolle Casablanca Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41
15/12/21	920,00	
16/12/21	INP: 092018330	
PHARMACIE DE LA DISCOURTE SARI AU Lot Al Madinat, Lot. N° 7 Route 1029, Rabat Maroc - Casablanca Tel : 0522 97 57 46 - Fax : 0522 97 57 46	1024,00 INPE: 092037332	PHARMACIE DE LA DISCOURTE SARI AU Lot Al Madinat, Lot. N° 7 Route 1029, Rabat Maroc - Casablanca Tel : 0522 97 57 46 - Fax : 0522 97 57 46
	INP:	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



Ce plug-in n'est pas compatible.



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 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	-	08/04/2022	Virement	-	1 444,00	340,00	30,00	370,00
1	-	19/01/2022	Virement	-	992,00	318,00	43,20	361,20
1	-	26/10/2021	Virement	-	1 839,40	888,40	30,00	918,40

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆

MME MIFTAH AZIZA
N° 126 LOT EL MOUSTAKBAL
SIDI MAAROUF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

72408040

Date et heure : 07/02/2022 11:33

Nom et prénom Assuré :

MIFTAH AZIZA

Immatriculation :

43349044 / 040020010

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

MIFTAH AZIZA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA AIN CHOCK

Valeur en Dirhams :

1 444,00

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

M4M0337

Nom Etablissement :

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTALMOLOGIE
(Maladies et Chirurgie des yeux)
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER
du C.N.O des XV-XX ophtalmo-pédiatrie
de la fondation Rothschild-département
d'Oculo-plastie
Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

الدكتور محمد شهابي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
فريج كلية باريس
داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون
15-20 و بمؤسسة جراحة العيون
روتشيلد بباريس
طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون
خبير تصحيح البصر بالليزر

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

Le : 15.12.23

M: MIFTAH AZZA

Eyestil PLUS



PPC: 148.000 DH
014 21/8
2024/09

EYESTIL Plus



1 gte x4/j pdt 03 mois

14800

29200 x 3

29200 x 3
29200 x 3
29200 x 3



Signature

10240



7 640168 160210
ZIOPATANTM 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc



7 640168 160210
ZIOPATANTM 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc



7 640168 160210
ZIOPATANTM 15µg/ml
Collyre en récipient unidose
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc

A renouveler

DR. CHAHBI Mohammed

544, boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc
Tel.: 05 22 29 66 00 - 05 22 29 66 15
Fax.: 05 22 29 66 18



544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 35 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20
+212 522 29 66 00/60
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com



الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
فريق كلية باريس
داخلي سابق بكريتي و بالمركز الفرنسي للعيون
15-20 و بمؤسسة ج
روتشيلد بباريس

مل 5

b

أيسين®
(سبرينوليكاسين)
محلول معقم للعين

مجموع فارما
Jannoom Pharma

Jannoom Pharm.
Jeddah, Saudi Arabia
AMM N° 142 / TDMP / 21 / NRQ

مل 5

b

أيسين®
(سبرينوليكاسين)
محلول معقم للعين

مجموع فارما
Jannoom Pharma

22, Avenue Casablanca - 69, Bouda - Casablanca - Maroc
S. Bachouchi - Pharmacie Responsable

Chaque r... 30122 038SEC C 01/01/64
(Eq. Exipient
Exe Voie oculi
Voie A consen
Aox Tenir hor
Teni Jeter 30
Jete Un prod
Un Jannoom
Jann Jeddah, Saudi Arabia
AMM N° 142 / TDMP / 21 / NRQ



Icin®

(Ciprolfoxazine)
Solution ophtalmique stérile

مجموع فارما
Jannoom Pharma

b

مل 5

أيسين®
Icin®

Lot: YE0076
Fab: 05 21
Exp: 05 23

PPV: 27DH50



2411
X8

220,00

Pharmacie Charles Nicolle
HEDYA TAK - TAK
19, Place Charles Nicolle
Casablanca
Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 44

DR. CHAMBI Mohammed
Ophtalmologiste
casablanca, maroc
Tél.: 05 22 85 46 18 / 19 / 20
05 22 20 66 60 / 00 - 05 22 50 15 15
Fax.: 05 22 86 46 21



544, Boulevard Panoramique, Californie, Casablanca, Maroc
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862
ICE N°: 002281194000046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

+212 522 50 15 15
+212 522 86 46 18
+212 522 86 46 19
+212 522 86 46 20

TETE DE COU 00/60
+212 522 86 46 21
info@clinic-oeil.com
www.clinic-oeil.com

12500686-05S

RABAT, le 24/10/2019

MME MIFTAH AZIZA
SIDI MAAROUF
N 126 LOT EL MOUSTAKBAL
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Objet: Demande d'exonération du ticket modérateur

Réf : Dossier n°: 58912624 du: 15/10/2019

Immatriculation: 43349044

L'assuré: MIFTAH AZIZA

Bénéficiaire: MIFTAH AZIZA

Taux d'exonération:

(01)

Madame, Monsieur,

En réponse à la demande citée en référence, nous avons l'honneur de vous faire part de notre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 58912624
- Code affection: V001
- Validité de l'Accord: du 16/09/2019 au 16/09/2022

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

La validité de la présente Exonération du Ticket Modérateur est subordonnée à l'ouverture du droit aux prestations.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



Pour le Département du
Contrôle Médical

Mme BOUSALHAM Rim

N.B. Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS