

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.

Radiologie 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.

Rééducation :

- 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° P19-0028716

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 9697

Société : 134940

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : CAA Karim Bouettah

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-028716

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

[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)

**ZIOUTI AZIZ****Droit Ouvert**

04/03/1962 - B439477

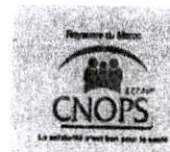
N°8 BD AIN TAOJTATE ETG 1 CASABLANCA BOURGOGNE (20053)

PAIERIE PRINCIPALE DE REMUNERATIONS

007 780 000 391 100 030 323 757

Mes ayants droits

BE862364	ZIOUTI BOUTAINA	17/09/1997 (25 ans)	Droit Ouvert
BE897202	ZIOUTI MERYEM	14/09/1999 (23 ans)	Droit Ouvert
	ZIOUTI ASSYA	25/12/2004 (17 ans)	Droit Ouvert

[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](#)[PAYER](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 1](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2		13/09/2022	Virement		1 693,50	893,49	195,21	1 088,70
75482272	26/07/2022	Payé en : 49 jours		ZIOUTI AZIZ	545,50	267,49	38,71	306,20
75482292	26/07/2022	Payé en : 49 jours		ZIOUTI MERYEM	1 148,00	626,00	156,50	782,50

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#)

★★★★★

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

لمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

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

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :
رقم الانخراط : N° Affiliation :
رقم التسجيل : N° Immatriculation :
رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

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

العنوان : Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

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

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات Type de soins
تم تقديم الظرف المغلق* : Pli confidentiel fermé :
تاريخ الحمل : Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث : Date d'accident :
أسباب الحادث : Causes :

حرب : Fait à :
في : Le :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Je déclare les renseignements portés ci-dessus sincères et véritables.
Dr. CHRAÏB Abdelkarim
Otorhinolaryngologiste
319, Rue Mostapha El Ghazal, Casablanca
Tél: 0522 29 44 28 de l'établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

MR ZIOUTI AZIZ

N°8 BD AIN TAOUJTATE ETG 1

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



CASABLANCA BOURGOGNE

CASABLANCA BOURGOGNE

20053

N° de Dossier :

75482272

Date et heure : 26/07/2022 11:35

Nom et prénom Assuré :

ZIOUTI AZIZ

Immatriculation :

93808931 / 090287129

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZIOUTI AZIZ

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

545,50

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE072

Nom Etablissement :

CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr Chribi Abdelkarim

**SPÉCIALISTE EN
OTORHINOLARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon
Ex-attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex.ORL des polycliniques de la C.N.S.S

Tél: 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

GSM : 06 61 31 20 30

Sur RENDEZ-VOUS



الدكتور شرايبي عبد الكريم

إختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج كلية الطب بليون
طبيب سابقا بمستشفيات ليون
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

المتنقل : 06 61 31 20 30

بالموعد

PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
141 Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05.22.27.73.44

9 JUN 2007



7.00h 4h7



20/02/07 - Zyrtec

2/02/07

63,20x2 - Zyrtec



PHARMACIE DE BOURGOGNE
BERRADA TAZI Halima
141 Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél : 05.22.27.73.44

Dr. CHRAIB
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha
Tél: 0522 29 44 2

N° du Lot 21B349
Date Per. 02 202
P.P.V: 119,10 DH

319, زنفة مصطفى المعاني (زاوية زنفة أكادير) - الدار البيضاء
319, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca (Angle Rue d'Agadir)

CABINET MÉDICAL DE GROUPE : DERMATO - ORL

Dr Chribi Abdelkarim
SPÉCIALISTE EN
OTORHINOLARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Lyon
Ex-attaché des Hôpitaux de Lyon
Ex.ORL des polycliniques de la C.N.S.S

Tél: 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

GSM : 06 61 31 20 30

Sur RENDEZ-VOUS



الدكتور شرايبي عبد الكريم

إختصاصي في أمراض و جراحة
الأنف - الأذن - الحنجرة - العنق

خريج كلية الطب بليون
طبيب سابقا بمستشفيات ليون
طبيب سابقا بمصحات الضمان الإجتماعي

الهاتف : 05.22.29.44.29 / 05.22.22.46.07

المتنقل : 06 61 31 20 30

بالموعد

Casablanca, le في الدار البيضاء.

- 9 JUN 2022

compte rendu et note d'honoraires

Nom - prénom :

Liouti Aziz

Cotation :

9

Nature d'examen :

Examen de l'oreille

Compte rendu :

Honoraires :

300 d

الدكتور عبد الكريم شرايبي
Dr. CHRAIBI Abdelkarim
OTORHINOLARYNGOLOGUE
319, Rue Mostapha El Maâni - Casablanca
Tél: 0522 29 44 29 / 0661 31 20 30

319, زقة مصطفى المعاني (زاوية زقة أكادير) - الدار البيضاء
319, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca (Angle Rue d'Agadir)