

# 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 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

- Reclamation : 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- 0047003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 15M

Société : MUPRAS

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : KOURANE Latife

Date de naissance : 18/03/1950

Adresse : Résidence WIAN-1774 - Apt 2 -

OUL FA - Casablanca 20000

Tél. : 06 69 13 13 70

Total des frais engagés : 2559,80

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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) : Kourane

Le : ...../...../.....



## 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 المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Michael ALAOUI AMB** : الاسم العائلي و الشخصي  
N° Affiliation : **36121818** : رقم الانخراط  
N° Immatriculation : **44118131215** : رقم التسجيل  
N° CIN : **191814015** : 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 : **Résidence WIAN - I 77 H - Apt 2 - oulfa** : العنوان  
**Casablanca 20200**  
Montant des frais (Dhs) : **2.559,80 OH** : مبلغ المصاريف (درهم)  
Nombre de pièces jointes : **37** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **ALAOUI AMB** : المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **ALAOUI AMB** : الاسم العائلي و الشخصي  
Date de naissance : **191814015** : تاريخ الأزدادياد  
N° CIN : **191814015** : رقم بطاقة التعريف الوطنية  
Sexe\* : **M** ذكر ☒ أنثى ☐ : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **010101** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس  
Type de soins : **7001** : نوع العلاجات  
Maladie\* ☐ مرض\* : **Pli confidentiel remis** : تم تقديم الغلاف المغلق\* : **Oui** ☒ **Non** ☐  
Date de grossesse : **191814015** : تاريخ الحمل  
Date prévue d'accouchement : **191814015** : التاريخ المرتقب للولادة  
Date d'hospitalisation : **191814015** : تاريخ الاستشفاء  
Date d'accident : **191814015** : تاريخ الحادث  
Accident\* ☐ حادث\* : **Causes** : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **030918** : حرر بـ :  
le : **191814015** : في :  
Signature de l'assuré(e) : **Michael ALAOUI AMB** : توقيع المؤمن له (لها)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **030918** : حرر بـ :  
le : **191814015** : في :  
Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : **030918** : توقيع طاقم الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : **030918** : ختم و توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

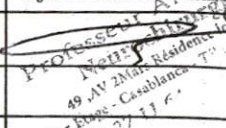
\* أشطب الخانة

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : **191814015** : تاريخ الإيدع

description des actes effectués					وصف العمليات المجراة		Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة و الصور	
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	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		
8/9/2022	3			400	 <b>Professeur Mohamed Elabbat</b> 49, AV 2 Mars Résidence 1000 1er Etage - Casablanca T° 06 22 27 11 66								
CIM - 10													

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis					
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	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
8-9-2022	215980	<b>Pharmacie KHALFIA</b> Docteur Imane LEBBAT FOUH BEN SALAH Tél: 06 18 06 12 85						

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	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



Professeur AMRANI FOUAD

Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2 Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage

(à Côté de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca

Tél 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez- vous

دكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض و جراحة  
أس، الدماغ، الأعصاب و العمود الفقري

الكبار و الصغار

49، شارع 2 مارس الطابق الأول

ثانوية، محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدار البيضاء

06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

Casablanca , Le 08/09/2022 في الدار البيضاء

Mr ALAOUI Adib Med

COVERAM 5/5

1 comprimé le matin

FLUDEX 1.5

1 comprimé matin

EPYCA 75

1 comprimé le soir

NOCICEPTOL CRÈME

0. 1

Maladies et

Chirurgie

de la

colonne

vertébrale

PROCHAIN TRAITEMENT POUR UNE DURÉE DE : 6 MOIS

PROCHAIN RENDEZ-VOUS LE, 28/02/2023 POUR CONSULTATION +

EEG

Pharmacie RUALFA  
Docteur Imane LYBAI  
FOUAD AMRANI  
Tél: 06 18 06 12 85

Professeur AMRANI FOUAD  
Neurochirurgien  
49, AV 2 Mars Résidence les Roseaux  
1er étage - Casablanca - Tél : 05 22 26 58 01  
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Maladies et

chirurgie

du crâne

E-mail : amrani@neurochirurgien-amrani-maroc.com / Site Web : www.neurochirurgien-amrani-maroc.com

En cas d'urgence : 05 22 86 02 07 / 06 25 14 93 25 / 06 49 50 45 34

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



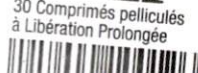
6 118001 130078

**COVERAM®** 5mg/5mg  
Péridopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



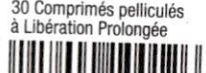
6 118001 130078

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



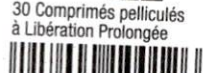
6 118000 100126

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX® LP**  
30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**Epyca®** 75 mg  
Pregabalin  
14 gélules



6 118001 260690

**Epyca®** 75 mg  
Pregabalin  
14 gélules



6 118001 260690

**Epyca®** 75 mg  
Pregabalin  
14 gélules



6 118001 260690

**Epyca®** 75 mg  
Pregabalin  
14 gélules



6 118001 260690

Lot N°: 3486  
EXP.: 04/23  
PPV.: 75DH10

Lot N°: 3486  
EXP.: 04/23  
PPV.: 75DH10

Lot N°: 3486  
EXP.: 04/23  
PPV.: 75DH10

Lot N°: 3486  
EXP.: 04/23  
PPV.: 75DH10

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

LOT

C158  
2024-08

PVC: 198.00DH

REV. 2021/01/C

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAM IMM 4 APPT 2

OULFA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

CNOPS

Accusé de Réception



N° de Dossier :

76476284

Date et heure : 25/09/2022 14:14

Nom et prénom Assuré :

ALAOUI ADIB M'HAMED

Immatriculation :

44873255 / 500380851

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ALAOUI ADIB M'HAMED

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40110

Valeur en Dirhams :

2 559,90

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0100

Nom Etablissement :

**Pr AMRANI JOUTEY FOUAD**  
**NEUROCHIRURGIEN**

49 AV 2 Mars RES. LES ROSEAUX

ICE : 001703306000087 IF : 4380772 P : 33657753

Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48

**NOTE D'HONORAIRE**

**Date : 08/09/2022**  
**N° : 22090039**

**CNSS**

**Mr ALAOUI Adib Med**

**EXAMEN**

Consultation

**MONTANT**

400,00

**Total : 400,00**

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **QUATRE CENTS DIRHAMS**

**Pr AMRANI F**  
**Neurochirurgien**  
49 AV 2 Mars Résidence Les Roseaux  
1er Etage - Casablanca - tel : 05 22 26 58 01  
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48





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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 3

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	-	15/11/2022	Virement	-	2 559,80	1 106,44	0,00	1 106,44
1	-	12/05/2022	Virement	-	3 001,80	1 648,80	0,00	1 648,80

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

★★★★★