

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

- 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

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2421 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BOUCHOUIREB ABDELMAJID
Date de naissance : 08/04/54
Adresse : HABITUELLE
Tél. : 0665661054 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : FIDAH FOUZIA Age : 21/4/6
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 Le : 06 / 02 / 23

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

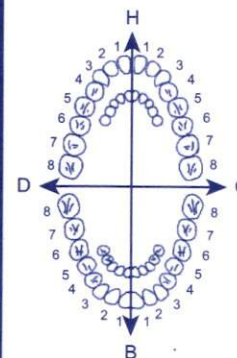
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

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

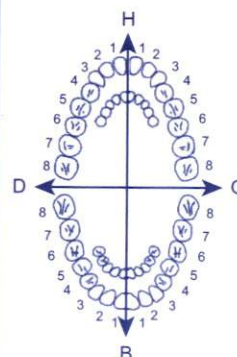
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **FIDAH Fouzia** الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : **168493** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **932254201** رقم التسجيل :

N° CIN : **B394612** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : **RES SEKKAT N°123 Rue ABU AL WAT Bourgoine Casablanca** العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **3600,00 dh** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **02** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**

Nom et prénom : **FIDAH Fouzia** الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : **24041960** تاريخ الميلاد :

N° CIN : **B394612** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : **Masculin** ☐ ذكر **Féminin** ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Admissio ALD* : **oui** ☐ **non** ☐ نوع العلاجات قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : **0000000000** رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **0000000000** رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires* ☐ **علاجات خارجية** * **Pli confidentiel remis*** ☐ **oui** ☐ **non** تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐ **استشفاء** * **Date d'hospitalisation :** **0000000000** تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : **Casablanca** حرر بـ :

Le : **05/11/2022** في :

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

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **03 NOV 2022** حرر بـ :

Le : **03 NOV 2022** في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الطبية
Signature et Signature de Médic traitant ou de l'établissement de soins

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

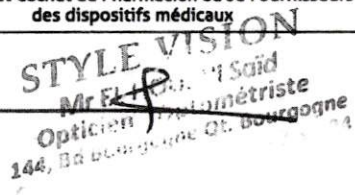
(La vente de cet imprimé est formellement interdite) (يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبع)

[illegible]

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومطابع الصيدلي أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/11/22	3300- INPE 095014692 INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	
	INP: <input type="text"/>	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 :					

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

وكالة

Agence : BOURGOGNE

MME FIDAH

FOUZIA

العنوان

Adresse : ANG. BD. BOURGOGNE & RUE
: JAFAR BNOU ATIA CASABLANCA

الهاتف

Tél : 0522480670

AVIS D'OPERATION

إشعار بعمليات

DATE 31/01/2023 تاريخ

RELEVÉ D'IDENTITÉ BANCAIRE كشف التعريف البنكي			
قن البنك Code Banque	قن الجهة Code Localité	رقم الحساب الرئيسي NUMERO DE COMPTE PRINCIPAL	التعريف البنكي C. RIB
190	780	21111 3750510 000 0	44

PTF1P100

NATURE DE L'OPERATION	: VIREMENT RECU PAR TELECOMPENSATION SIMT	: نوع العملية
REFERENCE	: 78103501842878	: مرجع
DATE VALEUR	: 01/02/2023	: تاريخ القيمة

BANQUE EMETTRICE : AL BARID BANK
EFFECTUE PAR : M.G.E.N AMO PRESTATIONS
MOTIF DE VIREMENT :

80142503655

LIBELLE	التبيان	DEBIT	مدبنة	CREDIT	دبنة
MONTANT VIREMENT					1325,00
TOTAL A VOTRE COMPTE	مجموع في حسابكم				1325,00



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)  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

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	-	21/01/2023	Virement	-	3 600,00	1 320,00	5,00	1 325,00
1	-	07/04/2022	Virement	-	908,80	560,52	126,66	687,18
1	-	12/02/2022	Virement	-	698,50	460,00	65,71	525,71

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

★★★★★

DOCTEUR FAYÇAL LARAKI

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPECIALES
D'OPHTALMOLOGIE

Maladies et Chirurgie des yeux
Lentilles de Contact

Ex. Medecin Polyclinique CNSS



03 NOV. 2022

الدكتور فيصل العراقي

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لامراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

Casablanca, le : في : الدار البيضاء

M : *FAYÇAL LARAKI*

Lunettes :

Loin : O. D.

: O. G.

+2

+2,25 (+0,75 0)

Près : O. D.

: O. G.

Adh'ho +2,75

- ☒ Progressifs
- ☐ Double foyers
- ☐ Photograys
- ☒ Incassables
- ☐ Anti-reflets

الدكتور فيصل العراقي
Dr. Fayçal LARAKI
OPHTALMOLOGISTE
11, Bd. Zerktonni
Tél. 22.22.49.11 - 05.22.22.49.10

STYLE VISION

Mr EL HADJANI Saïd

Opticien - Optométriste

144, Bd Bourgogne Qt. Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 20 30 94

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفاية - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

11, Bd. Zerktonni - Résidence Tarfaya CASABLANCA - Tél. : 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10

STYLE VISION

Facture

Numéro : 7776

Date 17/11/22

Client FIDAH FOUZIA

STYLE VISION – Casablanca

Catégorie	désignation	Qte	Prix unitaire	Total
verres	Progressif organique multiflex	2	1250	2500
Monture Optique	Plastique	1	800	800
Correction	OD: + 2.00 OG: + 2.25 (+ 0.75. 0°) ADD: + 2.75			
			TOTAL	3300

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois mille trois cents dhs

INPE 095014692

STYLE VISION
Mr EL HOUSSNI SAÏD
Opticien - Optométriste
144, Bd Bourgogne Ct. Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 20 30 94

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017
IF : 14369652. CFE: 4259570. INPE : 095014692
144 Boulevard Bourgogne . Quartier Bourgogne . Casablanca. Telephone :05.22.20.30.94
E-mail : stylevision00@gmail.com.