

# 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.

CONJOINT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2421

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUCHOURIB ABDELMAJID

Date de naissance : 08/04/54

Adresse : HABITUELLE

Tél. : 0665661034

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

FIDAH FOUZIA

Age : 21/1/6

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) :

### RELEVE 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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

#### Important :

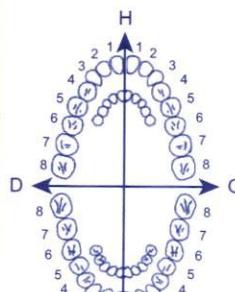
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

### ODF PROTHESES DENTAIRES

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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



#### (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 patients 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [ ] تاريخ الإيداع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل حدد.

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 المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإلزامية إلى القاضية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم العلاج في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## 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 : ..... خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

F I D A H Fouzia

168493

932254201

B 391612

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire  
avec l'assuré(e)\*Conjoint  زوج  Enfant  ابن 

Adresse : R.F.S SEKKAT N°123 Rue ABU AL

WAQT Bourgogne Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 3600,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 02

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

F I D A H Fouzia

Nom et prénom :

24061960

Date de naissance :

B 391612

N° CIN :

Sexe\* :

Masculin ذكر Féminin أنثى 

## Identification du médecin traitant

N° INP

## Type de soins

Admissio ALD\* :

oui non 

N° dossier ALD\* :

oui non 

Code ALD :

oui non Soin ambulatoires\*  علاجات خارجية \* oui non Hospitalisation\*  استشفاء \* oui non 

Date d'hospitalisation :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca حرر بـ :

Le : 05/12/2024 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 03 NOV 2021 حرر بـ :

Le : الدكاكو فـ

Signature de l'agent du praticien الممثل الطبي

Signature et Signature du Médecin traitant

وأنا أنا أؤكده

\* اشطب الخانة

\* يمنع منعه كتابة في هذه الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

( يمنع منعه كتابة في هذه الخانة )

#### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

## جدول الوصفات التي تم تنفيذها والتحضرات الطبية الممنوعة

### Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الطبين المساعدات عمليات

Actes Paramédicaux

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 style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; border-radius: 5px; height: 1.2em;" type="text"/>					



7809

BANQUE POPULAIRE  
البنك الشعبيالبنك الشعبي  
BANQUE POPULAIRE

وكالة

Agence : BOURGOGNE

MME FIDAH

FOUZIA

العنوان

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

الهاتف

Tél : 0522480670

## AVIS D'OPERATION

## إشعار بعمليات

RELEVE D'IDENTITE BANCAIRE				كشف التعريف البنكي
ق.ن البنك	ق.ن الجهة	رقم الحساب الرئيسي	التعريف البنكي	
190	780	21111 3750510 000 0	C. RIB	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

البنك الشعبي  
BANQUE POPULAIRE

LIBELLE	المليارات	DEBIT	مدية	CREDIT	د.ن.ية
MONTANT VIREMENT					1325,00
<b>TOTAL A VOTRE COMPTE</b>	<b>مجموع في حسابكم</b>				<b>1325,00</b>


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



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

Accueil &gt; Application &gt; assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/authMeSante) 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)**

**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 FAYCAL LARAKI**

Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris

DIPLOME D'ETUDES SPECIALES  
D'OPHTALMOLOGIEMaladies et Chirurgie des yeux  
Lentilles de Contact

Ex. Médecin Polyclinique CNSS

**الدكتور فيصل العراقي**

خريج كلية الطب بباريس

حاصل على الشهادة الوطنية الفرنسية

لأمراض وجراحة العيون

طبيب سابق بمصلحة الضمان الاجتماعي

03 NOV. 2022

Casablanca, le : ..... الدار البيضاء، في :

M : *Faycal Tarjini***Lunettes :**

Loin : O. D.

+ 2

: O. G.

+ 2,25 (+ 0,75 0)

Près : O. D.

*Adj. h2. + 2,75*

: O. G.

- Progressifs  
 Double foyers  
 Photograys  
 Incassables  
 Anti-reflets

الدكتور فيصل العراقي  
**Dr. Faycal LARAKI**  
 OPHTALMOLOGISTE  
 11, Bd. Zerkouni  
 Tél. 22.22.49.11 - Casablanca

**STYLE VISION**Mr EL HENINI SaïdOpticien - Optométriste  
 144, Bd Bourgogne Qt. Bourgogne  
 Casablanca - Tel. 05 22 20 30 94

11 شارع الزرقطوني إقامة طرفية - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22.22.49.11 / 05 22.22.49.10  
 11, Bd. Zerkouni - 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 anti-reflet	2	120	240
Monture Optique	plastique	1	800	800
Correction	OD: + 2.00 OG: + 2.25 (+ 0.75. 0) ADD: + 2.75			
				TOTAL 3300

Annexe la présente facture à la somme de :

Trois mille trois cents dirhams

INPE 095014692

~~STYLE VISION~~

~~Mr EL Housni Saïd~~

~~Opticien - Optométriste~~

~~144, Bd Bourgogne Et. Bourgogne~~

~~Casablanca - Tel. 05 22 20 30 94~~

Taxe Professionnel: 35650593. Registre de Commerce: 263923. ICE: 001512409000017

IF : 14369832.CRIS : 4259570 .INPE : 095014692

144 Boulevard Bourgogne . Quartier Bourgogne . Casablanca . Telephone : 05.22.20.30.94

E-mail : stylevision00@gmail.com.