

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0041650

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI  
 Date de naissance : 30/06/1952  
 Adresse : Casa Blanca  
 Tél : 0672833390 Total des frais engagés : 277,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 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 : Casa Le : 28/03/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 التعااضدية



Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



767 08 12 833394

# 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 : ..... Touia ZINE ..... الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : ..... 363198 ..... رقم الإنخراط

N° Immatriculation : ..... 432874741 ..... رقم التسجيل

N° CIN : ..... B37A 280 ..... 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 : ..... 179 Lot Daudoun Sidi Mameur ..... العنوان

Montant des frais (Dhs) : ..... 277.80 DH ..... مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : ..... 1 pièce ..... عدد الوثائق المرفقة

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ..... Touia ZINE ..... المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ..... Touia ZINE ..... الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : ..... 03/02/1958 ..... تاريخ الإزدياد

N° CIN : ..... 051021958 ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس\*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : ..... 091024372 ..... الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : ..... نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض \* Pli confidentiel remis\* : ☒ Oui ☐ Non

Maternité\* ☐ أمومة \* Date de grossesse : .....

Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date prévue d'accouchement : .....

Accident\* ☐ حادث \* Date d'hospitalisation : .....

Causes : ..... أسباب الحادث : .....

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

Fait à : ..... Casablanca ..... في : 22/09/2022

le : 14/11/2022

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM-10

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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

حدد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27-09-2022	277,80	<p>PHARMACIE ELLOPOS DR OTHMAN MENAR Lotissement Al Hamd N°5 Derouba Tel : 0520 040 412</p>
	INP: 068090816	
	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
TNP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
TNP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



MME ZINE TOURIA  
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI  
MAAROUF  
CASABLANCA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 77418569 Date et heure : 14/11/2022 10:34  
Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA  
Immatriculation : 43874741 / 500397558  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105  
Valeur en Dirhams : 277,80 Nombre de pièces : 7  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0088  
Nom Etablissement :

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA  
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



Casablanca, le :

27 sept 2022

28.805 2000

144.00 D1

1) Vitaneuril

1 x 2 x 3

39.80 D4

2) Laroxyl

94.00 D2 15 gouttes la dose x 3

3) Mydoflex

PHARMACIE EL LOOBS

DR. OTMAN BEN MENDI

105, rue du 1<sup>er</sup> Mai N°9 Deroua  
Tél : 0520 040 412

CHERIF BEN MOUSSA  
RHUMATOLOGUE

05 22.22.23.04 :

44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél.

E-mail : hasnaab5@hotmail.com : البريد الإلكتروني

موسى

VITANEURIL 30 comprimés  
PPV  
LOT  
PER

VITANEURIL 30 comprimés  
LOT  
PER

VITANEURIL 30 comprimés  
PPV  
LOT  
PER

VITANEURIL 30 comprimés  
PPV  
LOT  
PER

VITANEURIL 30 comprimés  
PPV  
LOT  
PER

Laroxyl 40 mg/ml  
Aminophylline  
Gouttes buvables 20 ml  
LOT  
PER

PPV: 39DH80  
PER: 06/25  
LOT: L2321

GTIN: 06118001260850  
LOT: 3972  
MFG: 03 2022  
EXP.: 03 2024  
PPV: 94bhs0

MYDOFLEX 150 mg  
Tégafur (HCl)  
30 Comprimés à pellicules





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



432.874741

He. 363178

B. 772280

ZINE TOURIA

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#) [Me connecter](#) [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	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80
77418569	14/11/2022	Payé en : 52 jours		ZINE TOURIA	277,80	93,66	40,14	133,80
1	-	31/12/2022	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
2	-	01/12/2022	Virement	-	6 171,80	1 666,35	410,65	2 077,00
1	-	31/10/2022	Virement	-	375,90	275,13	90,77	365,90
1	-	07/07/2022	Virement	-	3 480,00	208,62	67,98	276,60
1	-	01/07/2022	Virement	-	1 830,40	397,28	143,12	540,40
2	-	12/03/2022	Virement	-	1 877,70	592,54	199,66	792,20
1	-	03/02/2022	Virement	-	9 408,40	4 336,22	1 029,38	5 365,60



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

☆☆☆☆☆