

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' Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011177

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0641 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmane
 Date de naissance : 1951
 Adresse :
 Tél. : 06 19863521 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 :
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :
 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 M23-0011177

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 :

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.



Déclaration de Maladie

M22- N° 002931

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHABI Abdelrehmane
Date de naissance : 1951
Adresse : 10, Rue N. Khel Nouaime - Apt 10 Casablanca
Tél : 0619863521 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 : 22 / 05 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

abrir une feuille de soins par personne et r événement.

1 feuille de soins doit être accompagnée de utes les pièces justificatives originales rdonnances médicales, factures, résultats s examens de radiologie et/ou de laboratoire).

2 nom et prénom de la personne soignée ivent être portés par les praticiens eux mêmes r chaque feuille de soins.

3 prospectus et les PPM concernant les édicaments achetés doivent être joints aux donnances transmises.

4 feuille de soins ainsi que les pièces stificatives doivent être présentées à votre utuelle dans les deux mois qui suivent le emier acte médical, sauf s'il y a traitement édical continu. Dans ce dernier cas, le dossier it être présenté dans les soixante (60) jours i suivant la fin du traitement.

5 remboursement des frais engagés sera fectué sur la base de la tarification nationale éférence.

6 risques liés aux accidents du travail et aladies professionnelles ne sont pas couverts.

oute personne coupable de fraude ou de fausse clARATION pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est passible des sanctions gales et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la NOPS est subordonnée au respect des nditions 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 وأتمنتها بالوصفات المرتبطة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 التعريف 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :



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 (لها)

Nom et prénom : **KOUBAISSA Chodja** : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **81662821** : رقم الإنخراط

N° Immatriculation : **4528616282** : رقم التسجيل

N° CIN : **M61969** : 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 : **10 Rue Nkhoul Nouvime Apt 10** : العنوان

Bordjane

Montant des frais (Dhs) : **562,20 DH** : مبلغ مصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **01** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Koubaissa Chodja** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **Koubaissa Chodja** : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **03/08/59** : تاريخ الزيداد

N° CIN : **M61969** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : **M** ☐ ذكر ☒ أنثى ☐ : الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091244254** : الرقم الوطني الإستدلاي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : **Oui** ☐ **Non** ☐ : قبول المرض المزمن

N° dossier ALD* : : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : : رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires* ☐ **E** ☒ علاجات خارجية* **P** ☐ **Non** ☒ **P** ☐ **Non** ☒ : تم تقديم الظرف المغلق

Hospitalisation* ☐ **A** ☒ استشفاء* **D** ☐ **Non** ☒ : تاريخ الإستشفاء

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

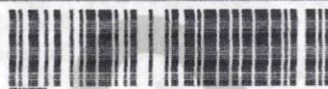
Fait à : **Bordjane** : حرر ب :
le : **07/03/23** : في :
Touche le patient
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Bordjane** : حرر ب :
le : **06/03/23** : في :
Touche le patient
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



MME KOUBAISSA CHADIA
N 10 RUE MIKHAIL NOUAIMA
APPT 10
CASABLANCA
CASABLANCA 2 MARS
20502

Accusé de Réception

N° de Dossier : 79965677 Date et heure : 24/03/2023 11:02
Nom et prénom Assuré : KOUBAISSA CHADIA
Immatriculation : 45866282 / 500304368
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: KOUBAISSA CHADIA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : LAAYOUNE 40505
Valeur en Dirhams : 562,20 Nombre de pièces : 4
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0543
Nom Etablissement :



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).



452.866282

452.866282 ci-dessus

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

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	-	16/05/2023	Virement	-	562,20	284,43	100,47	384,90
79965677	24/03/2023	Payé en : 52 jours		KOUBAISSA CHADIA	562,20	284,43	100,47	384,90
- 1	-	02/03/2023	Virement	-	738,00	350,30	128,70	479,00
78655727	18/01/2023	Payé en : 43 jours		KOUBAISSA CHADIA	738,00	350,30	128,70	479,00
- 1	-	07/07/2022	Virement	-	888,00	149,80	24,20	174,00
74365075	23/05/2022	Payé en : 45 jours		KOUBAISSA CHADIA	888,00	149,80	24,20	174,00
- 2	-	01/06/2022	Virement	-	1 910,60	768,98	134,42	903,40
73614644	07/04/2022	Payé en : 54 jours		KOUBAISSA CHADIA	1 400,20	512,06	45,74	557,80
73614537	07/04/2022	Payé en : 54 jours		KOUBAISSA CHADIA	510,40	256,92	88,68	345,60
- 1	-	13/04/2022	Virement	-	3 750,00	600,00	150,00	750,00
71851234	07/01/2022	Payé en : 96 jours		KOUBAISSA CHADIA	3 750,00	600,00	150,00	750,00
- 1	-	23/03/2022	Virement	-	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
72492039	10/02/2022	Payé en : 41 jours		KOUBAISSA CHADIA	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
- 1	-	12/03/2022	Virement	-	4 800,00	1 278,00	85,19	1 363,19
71561481	23/12/2021	Payé en : 79 jours		KOUBAISSA CHADIA	4 800,00	1 278,00	85,19	1 363,19
- 1	-	04/02/2022	Virement	-	3 291,90	1 615,00	374,00	1 989,00
71703024	30/12/2021	Payé en : 36 jours		KOUBAISSA CHADIA	3 291,90	1 615,00	374,00	1 989,00

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)

☆☆☆☆☆

[Assurés](#)
[Producteurs de soins](#)
[Employeurs](#)
[Plan du site](#)

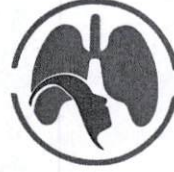
CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
 Utilisation SQLI

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb Berrada

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des troubles du sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris France
et à l'hôpital 20 Août- CHU Ibnou Rochd Casablanca



عيادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية والنوم والشخير
الدكتورة زينب برادة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
وأعراض النوم والشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو
شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكرات
شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبيبة سابقة بمستشفيات باريس يتي سالبترار و بمستشفى 20 أغسطس بالبيضاء

Casablanca le : 06/03/2023

MME KOUBAISSA CHADIA

- **Saflu 250 µg - suspension pour inhalation**
2 bouffées, matin, soir, pendant 14 jours Se rincer la bouche après
- **Augmentin 1 g / 125 mg - sachet**
1 sachet, matin et soir, après les repas, pendant 8 jours
- **Omegen 20 mg - gélule**
1 Gélule, matin, avant les repas, pendant 14 jours
- **Ofiken 200mg - comprimé**
1 Comprimé, après les repas, matin, soir, pendant 8 jours

LOT 212705 1
EXP 10 23
PPV 97.90 DH

Ofiken® 200 mg
Céfixime
Boîte de 8 comprimés pelliculés
6 118000 022336

OMEGEN® 20 mg
14 gélules
6 118000 130024

PPV: 126,30 DH
LOT: 650346
PER: 07/24

AUGMENTIN 1 g/125 mg
12 sachets

Résidence Espace I
22 bd Yacoub El Mansour, 3ème Etage Bui
شارع يعقوب الد 22
Tél: 05 22 98 12 19 / E-mail: pneumologiesommeil@gmail.com