

# 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



Complément bonus mon  
epoux ALAOUI AMB D'hamed

**Déclaration de Maladie : N° S19-0051946**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société :   
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :   
Nom & Prénom : KOUANE Latifa Date de naissance :   
Adresse : Residence WIAN ITIN 4 - Apt 2 OULFA   
Tél. : 0669 131370 Total des frais engagés : 2978,00 / 410,04 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /   
Nom et prénom du malade : ALAOUI AMB D'hamed 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 Le : 14 / 07 / 2023   
Signature de l'adhérent(e) : Kow

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0051946

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 : 1511   
Nom de l'adhérent(e) : Kouane Latifa   
Total des frais engagés : 2978 / 410,04   
Date de dépôt : 14 / 07 / 2023



# 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلية.

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 للمسطور 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 الإيدع : .....



## 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 : ALAOUI ABIB D'Hammed الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 362428 رقم الانخراط

N° Immatriculation : 444 873255 رقم التسجيل

N° CIN : 19 18141051 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 ALAOUI - 1774 - Apt 2 - OUL FA العنوان

Montant des frais (Dhs) : 2973,00 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 26 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ALAOUI ABIB D'Hammed المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ALAOUI ABIB D'Hammed الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : ..... تاريخ الميلاد

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

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس\*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 051910000 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : 3941 نوع العلاجات

Maladie \* ☐ مرض \* Pli confidentiel remis\* ☒ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق \*

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

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

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

Causes : ..... أسباب الحادث

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

Fait à : ..... حرر بـ

le : ..... في

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

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

Fait à : 04/04/2023 حرر بـ

le : ..... في

توقيع و طابع 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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

## description des actes effectués

## وصف العمليات المجراة

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
4/4/2023	C3 KE			400 200	

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
7/5/2023	1878,00	Pharmacie KHALFIA Docteur Imane LEBBAT FQUIH BEN SALAH Tél: 06 18 06 12 85
	INP: I.N.P.E 122077167	
	INP:	
	INP:	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
4/4/2023	RA Line F. BLANDIN			400	

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:

INP:

INP:



MR ALAOUI ADIB M'HAMED  
RES WIAM IMM 4 APPT 2  
OULFA  
CASA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 80884480 Date et heure : 16/05/2023 11:27  
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 : 2 978,00 Nombre de pièces : 26  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0100  
Nom Etablissement :

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 1	REJET 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
-------------	--------------------------	---------	------	--------------------------

① 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
- 2	-	28/06/2023	Virement	-	8 443,00	2 730,66	0,00	2 730,66
80884480	16/05/2023	Payé en : 43 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	3 378,00	1 410,66	0,00	1 410,66
81278686	05/06/2023	Payé en : 23 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	5 065,00	1 320,00	0,00	1 320,00
1	-	12/06/2023	Virement	-	538,10	188,72	0,00	188,72
1	-	01/03/2023	Virement	-	2 000,00	800,00	0,00	800,00
					2 000,00	624,12	0,00	624,12

# الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض وجراحة  
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري  
الكبار والصغار

49 , شارع 2 مارس الطابق الأول  
(قرب ثانوية محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدار البيضاء  
الهاتف : 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64

بالموعد

07/04/2023

**AOUI Adib Med**

الدار البيضاء في

20890 x 6

5890 x 3

5,00 x 3

E 19880 / T = 1878.00

ENT POUR UNE DURÉE DE : 6 MOIS

VOUS LE, 02/10/2023 POUR CONSULTATION

~~Professeur AMRANI F~~  
~~Neurochirurgien~~  
~~19, Av. 2 Mars Résidence des Foucalles~~  
~~1er étage - Casablanca~~  
~~Tel : 05 22 26 58 01~~  
~~05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48~~

Pharmacie KHALFIA  
Docteur Imane LEBBAT  
FQUIH BEN SALAH  
Tél: 06 18 06 12 85

**RAM**® 5mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



01 130078

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



6 118001 130078

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



6 118001 130078

**RAM**® 5mg/5mg  
Périndopril arginine / amlodipine  
30 comprimés



01 130078

**FLUDEX**® **LP**®  
FLUDEXAM 13 MG

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX**® **LP**®  
FLUDEXAM 13 MG

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX**® **LP**®  
FLUDEXAM 13 MG

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

LOT

C204  
2025-05



PVC: 138.00DH

CNK 3259-850



3 401020 354451 >

REV: 2021/11/0

# الدكتور العمراني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض وجراحة  
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

الكبار والصغار

49 , شارع 2 مارس الطابق الأول

(قرب ثانوية محمد الخامس و Snack pomme de pain) الدار البيضاء

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

بالموعد

07/04/2023

troencéphalogramme في الدار البيضاء

r ALAOUI Adib Med

rente , les yeux fermés

bouffées d'ondes alpha à 8 cycles par  
moyenne à prédominance postérieure  
symétrique mêlées à des ondes theta à 6  
sur le tracé. ondes delta plus rares , Les  
yeux sont normales. Rares pointes  
paroxystique .

lifiant peu le tracé

nces confirme ces données

de la normale

Professeur AMRANI.F  
Neurochirurgien  
49, 02, 27, 11, 64 - 05 22 26 58 01  
1er Etage - Casablanca - Tél : 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48



Pr AMRANI  
NEUROCHIRURGE

49 AV 2 Mars RES. LES ROSEAUX

ICE : 001703306000087 IF : 4380772 INP : 091011049 P :  
33657753

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

ICE : 001703306000087 INP : 091011049 IF : 4380772 P : 33657753

## NOTE D'HONORAIRE

Date : 07/04/2023

N° : 23040050

CNOPS

Mr ALAOUI Adib Med

EXAMEN

Consultation + EEG

MONTANT

1 100,00

Total : 1 100,00

Arrêtée la présente note d'honoraire à la somme de : **MILLE CENT DIRHAMS**

Pr AMRANI  
Neurochirurgien  
49 AV 2 Mars RES. LES ROSEAUX  
Tél : 05 22 26 58 01 / 05 22 27 11 64 / 06 62 13 12 48