

# 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.

## 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 dossiers mun  
etoux ALAOUI AMB N'hamed

## Déclaration de Maladie : № S19-0051946

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

Matricule : 1511 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : Koua Ané Lotifa Date de naissance :

Adresse : Residence WILAN 1774 Apt 2 OULFA

Tél. : 0669 131370 Total des frais engagés 2978,00 / 410,00 Dhs

### Cadre réservé à l'adhérent

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ALAOUI AMB N'hamed Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

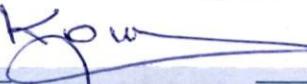
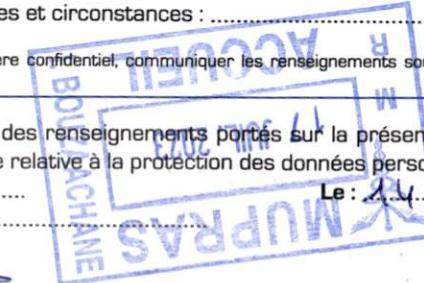
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : La salâma

Le : 14/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie № 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) : Koua Ané Lotifa

Total des frais engagés : 2978,00 / 410,00

Date de dépôt : 14/07/2023

Dossier RAN

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتركة وأذمنتها 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 و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في م срок شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) 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 التعريفة 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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.
<b>Cachet et signature de la mutuelle</b> <b>توقيع و طابع التعاقدية</b>	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
تاريخ الإيداع :	



N° Bordereau : .....

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de soins Maladie

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

#### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : ALAOUI ABD. N'Haneel

B3627428

4441873251

13191814051

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant ابن

العنوان : Résidence Al Attar - I774 - Apt 2 - OULEFA

Casablanca 20200

Montant des frais (Dhs) : 2978,00 DH

Nombre de pièces jointes : 26

#### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : ALAOUI ABD. N'Haneel

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإيداد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس\* :

Bénéficiaire de soins :

ALAOUI ABD. N'Haneel

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

#### Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie \*  مرض \*Maternité \*  أمومة \*Hospitalisation \*  استشفاء \*Accident \*  حادث \*Pli confidentiel remis\* :  Oui  Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Tarihy al-astashfa : Date d'hospitalisation :

Tarihy al-hadath : Date d'accident :

Asbab al-hadath : Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : حرر ب :

le : في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر ب :

le : في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمكن معاً كتابة هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة

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

التاريخ Date d'exécution	الценة المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
7/5/2023	1878.00	<i>Pharmacie KHALFIA</i> Docteur Imene LEBBAT FQUIH BEN SALAH Tél: 06 18 06 12 85
	INP : I.N.P.E 122077167	INP : [REDACTED]
		INP : [REDACTED]
		INP : [REDACTED]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

#### **عمليات الاحياء، الاشعة و الصور**

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

MR ALAOUI ADIB M'HAMED

RES WIAM IMM 4 APPT 2

OUFLA

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

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 :



Accusé de Réception



Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	8 443,00 730,66	2	0,00	2 730,66
80884480	16/05/2023	Payé en : 43 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	3 378,00 410,66	1	0,00	1 410,66
81278686	05/06/2023	Payé en : 23 jours		ALAOUI ADIB M'HAMED	5 065,00 320,00	1	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
					2 072,21	624,12	0,00	624,12

الدكتور العموماني 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

07/04/2023

بِالْمُوْعَدِ

AOUI Adib Med

الدار البيضاء في

202002 6

5800 x3

$500 \times 3$

E 1958.00 ~~T~~ 1878.00

ENT POUR UNE DURÉE DE : 6 MOIS

VOUS LE, 02/10/2023 POUR CONSULTATION

**Secours AMRANI F**  
~~Hélicoptère chirurgicale~~  
19, Av. 22 Mars Roudani - Casablanca Tel : 05 22 11 64 - 06 62 13 12 48  
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48  
ALF

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

**RAM®** 5mg/5mg  
L-arginine / amlodipine  
30 comprimés



01 130078

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



6 118001 130078

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



6 118001 130078

**ERAM®** 5mg/5mg  
L-arginine / amlodipine  
30 comprimés



01 130078

**FLUDEX™ LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX™ LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**FLUDEX™ LP**

30 Comprimés pelliculés  
à Libération Prolongée



6 118000 100126

**LOT**

C204  
2025-05



PVC: 198.00DH

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

بالموعد

07/04/2023

الدار البيضاء في  
**troencéphalogramme**

Dr ALAOUI Adib Med

trente , les yeux fermés

bouffés d'ondes alpha à 8 cycles par  
noyenne à prédominance postérieure  
ymétrique mêlées à des ondes theta à 6  
ir le tracé. ondes delta plus rares , Les  
yeux sont normales. Rares pointes  
éthoxystique .

lifient peu le tracé

nces confirme ces données

de la normale

Professeur AMRANI F  
Neurochirurgien  
49 , شارع 2 مارس الطابق الأول  
1er étage , الدار البيضاء - 10000  
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Pr AMRANI  
NEUROCHIRURG

49 AV 2Mars 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 :0017033060000087 INP : 091011049 IF: 4380772 P:33657753

# **NOTE D'HONORAIRE**

Date : 07/04/2023  
N° : 23040050

CNOPS

Mr ALAOUI Adib Med

— 2 —

#### Consultation + EEG

**MONTANT**

1 100,00

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