

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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



Déclaration de Maladie

M23- N° 0043712

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : LAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BERDAH Mohamed

Date de naissance : 21/07/57

Adresse : 81, Rue Carache BP 18 C.A.S.A

Tél : 9662163375

Total des frais engagés : 533,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément remboursement CNOPS

Casnet du médecin :

Leveur

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Mme BAKKACI Fardoua

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 : C.A.S.A

Le : 08/03/2024

Signature de l'adhérent(e) : Leveur

Instructions à suivre

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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإلزامية إلى المتاحدية 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 الفصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار 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.

Identification de l'agent : **M.G.P.A.P**
Date de dépôt du dossier : **19 JAN. 2024**
تاريخ الإيدع : **19 JAN. 2024**
Identification de l'agent : **DELEGATION ADMINISTRATIVE CASABLANCA**



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 : 0650912550 N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)
Nom et prénom : **BAKKALI Fatiha**
N° Affiliation : **113183**
N° Immatriculation : **SS12298843**
N° CIN : **A1691516**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint**
Adresse : **81 Rue Concorde APP 28 / 29**
Montant des frais (Dhs) : **533,90**
Nombre de pièces jointes : **08**

Declaracion du medecin traitant
Bénéficiaire de soins : **BAKKALI Fatiha**
Nom et prénom : **BAKKALI Fatiha**
Date de naissance : **16/11/59**
N° CIN : **A1691516**
Sexe : **M**
Tous les renseignements doivent être exacts et vérifiables.

Identification du medecin traitant
N° INP : **1016111250168**
Type de soins : **Maladie**
Pli confidentiel : **Oui**
Date de grossesse : **11/11/11**
Date prévue d'accouchement : **11/11/11**
Date d'hospitalisation : **11/11/11**
Date d'accident : **11/11/11**
Causes : **11/11/11**

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **CASABLANCA**
le : **04012024**
Signature de l'assuré(e) : **BAKKALI Fatiha**
أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **CASABLANCA**
le : **04012024**
Signature du médecin traitant : **BAKKALI Fatiha**

La vente de cet imprimé est formellement interdite.
INPE: 061125035

AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg
32 comprimés pelliculés



AUGMENTIN 500 mg/62,50 mg
32 comprimés pelliculés



ISONE 20 mg
20 comprimés sécables



Signature et Cachet du Radiologue ou:
Biologiste

Ventoline 100 mcg
Aérosol, 200 doses.



KALEST 20 mg
Oméprazole (DCI)
28 gélules



description des actes effectués

وصف الممارسات الطبية

تاريخ الممارسات Date des actes	رمز الممارسات Code des actes	معاملة الممارسات Lettre de Cotation NGAP	قيمة المعاملة Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
04/01/2024	C			Gratuit	



Commission Médicale
Provinciale Settat
INPE: 051125075

CIM-10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

وصف الممارسات الطبية و الأجهزة الطبية المعطاة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ الفاتورة Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04.01.2024	533,90	صيدلية الدجاسمين PHARMACIE DU JASMIN Mme. LAMRANI Rajaa 61, Avenue 2 Mars - CASA Tel: 05 22 81 17 67

092035344

INP: []

INP: []

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

الممارسات الطبية المساعدة

تاريخ الممارسات Date des actes	رمز الممارسات Code des actes	معاملة الممارسات Lettre de Cotation NGAP	قيمة المعاملة Valeur Clé	المبلغ الفاتورة Montant facturé	توقيع و طابع الممارس الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: []

INP: []

INP: []

Codoliprane
Paracétamol 400 mg
16 COMPRIMÉS SÉCABLES





ORDONNANCE MEDICALE
Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settât
INPE: 061125035

04/01/2024



Mme BAKKALI
Fatma

2 x
138,30

① Augmentin 500
2 cp x 3/5 pour 8 mg

45,80

② Fave 200mg
3 cp / 5 p
le matin

69,10

③ Docivox strip
1 cs x 3/5

22,20

④ coddipreneur cp
1 cp x 3/5

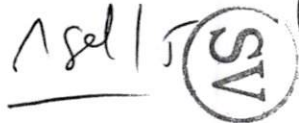
45,30

⑤ Ventolin spray
2 bulles x 4/5

75,00

⑥ Kalen 200
1 gel / 5

533,90



Dr BERDAI FZ
Commission Médicale
Provinciale Settât
INPE: 061125035

صيدلية
PHARMACIE DU IASMIN
Mme. ILMRANI Rajaa
51, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67

[Ma Situation](#)[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](#)[EN COURS DE TRAITEMENT 1](#)[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
- 3	-	06/03/2024	Virement	-	1 213,40	754,71	177,94	932,65
85451579	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	279,50	178,01	40,69	218,70
85451533	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	533,90	323,26	73,89	397,15
85451492	19/01/2024	Payé en : 47 jours		BAKKALI FADOUA	400,00	253,44	63,36	316,80