

# 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.

## Biologie 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.

## Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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 Dossier Déclaration de Maladie

N° P19- 052093

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : GUERMOUDI Amina

Date de naissance : 19/11/59

Adresse :

Tél. : 0661656039 Total des frais engagés : 5754,40 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 :

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 : 2 / 11 / 20

Signature de l'adhérent(e) :



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 وأزمذتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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 التفاضلية

06.61.91.57.02

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **EL ARCHI Ahmed** الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **3970110** رقم الانخراط

N° Immatriculation : **731 3970110** رقم التسجيل

N° CIN : **B222394** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \* : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Adresse : **Lotissement LA MOU NE 1 Lot N°46** العنوان

**CASABLANCA**

Montant des frais (Dhs) : **575440 Dhs** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **05 (INQ)** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **EL ARCHI Ahmed** المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **EL ARCHI Ahmed** الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **17/05/55** تاريخ الازدياد

N° CIN : **B222394** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe \* : **M** ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى الجنس \*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091038** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **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 :  تاريخ الحادث أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكره أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus être sincères et véritables.

Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ

le : **25/03/2024** في : **25/03/2024**

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

أصبح بمصادقتي على صحة كل ما ذكره أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus être sincères et véritables.  
Fait à : **CASABLANCA** حرر بـ  
le : **25/03/2024** في : **25/03/2024**  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins



عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

**INPE: 091030155**

ENF : 1 1 1 1 1 1 1 1 1

IMP : | | | | | | | | |

المطبوع  
Signature et Cachet du  
Biologiste

0046

**RADIOLOGIE MALLER**  
BERRADA M. BENYAT  
17, Rue Mohamed El-Bach  
Tél : 0522 25 74  
Fax : 0522 23 74

### 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
TRP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					
TRP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					

**CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF**

Dr. BERRADA M.  
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.  
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 013 780011 20 000183001 43 48 BNCI Agence Val d'Anfa-casa  
Patente : 34770967 L.F 1087675 ICE : 001745076000019

Casablanca, le 07/07/2020

N/Ref : Facture N° FA4736/20

Nom & Prénom : **EL ARCHI AHMED**

Date d'examen : 07/07/2020

Examen(s)	
PANGONOGRAMME GENOU F/P + SCHUSS + IFP	
Montant TOTAL	1160 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**MILLE CENT SOIXANTE DH**

**RADIOLOGIE MAARIF**  
BERRADA M. BENYAHIA Z.  
17, Rue Mohamed Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05

17, Rue Mohamed BAHY (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-  
Maarif. Casablanca 20100 Tél : 0522257482.237934/253030. Fax : 0522237705

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

الدكتور حرفاوي عبد النصر

أستاذ

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le 07/07/2020 في الدار البيضاء

Dr. Archie Ahmed

200 - 1<sup>er</sup> fess G - 280  
f.p

80 - D.P. - 2<sup>e</sup> fess G 100

120 - 3<sup>e</sup> fess G - schuss 180

400 - Panspranum l'alt 600

RAHMANI  
BENYAHIA Z.  
7, Rue Mohammed Bahi  
Tél : 0522 25 74 82  
Fax : 0522 23 77 05

Dr HARFAOUI Abdennaceur  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique  
27, Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris Casa  
Tél/Fax: 0522 94 59 45 Gsm: 0661 50 54 12

22, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris - 20100 Casablanca - Maroc - I.C.E: 001715826000092

Tél: 05 22 945 945 - GSM: 06 61 505 412 - E-mail: naceurharfaoui@gmail.com



Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédie

Casablanca, le 20/10/2019 البيضاء في 20/10/2019

El Archi Ahmed

144,30<sup>22</sup> (1) Isox 200 le d

22.5 (2) Cedol 1 par 2h AS

198,00 (3) Abcceptol 1 par 3h

1 par

Dr HARFAOUI  
Chirurgie Traumatologique  
22 Rue Jalal Eddine Assayouti Place des Iris  
Tél: 05 22 94 59 4

508.60

22, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris - 20100 Casablanca - N

Tél.: 05 22 945 945 - GSM: 06 61 505 412 - E-mail: naceurharraoui



OT 19009  
PE 09/20  
PV 1440



REV: 2019/06/A

CNK 3259-850

PVC: 198.00 DH



Laboratoire Polidit  
8 Rue des Goncourt  
75011 PARIS, FRANCE



Docteur HARFAOUI Abdennaceur

Professeur

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

Casablanca, le

283,00

(1)

190,00x3

(2)

338,00x3

(3)

56,60x3

(4)

2885

22, rue Jalal Eddine Assa  
Tél.: 05 22 945



CIP 3400933591731  
LOT 190308  
EXP 05 2022

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ  
6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



ZENITH Pharma  
AMM N° 556/17 DMP/21/NRQ



6 118001 271214  
PPV : 283,00 DH



611 800115 013 7  
DIPRO  
P  
AMM  
Distrib  
B.I



611 800115 013 7



611 800115 013 7  
DIPROSTENE 1 Seringue  
P.P.V : 56,60 DH  
AMM 236DMP/21/NTT  
Distribué par MSD Maroc  
B.P. 136 Bouekoura

DOLENIO 589mg  
60 comprimés pelliculés



6 118001 310104



6 118001 310104



6 118001 310104

COOPER PHARMA  
PPV: 338,00 DH

1 pre-filled syringe  
pre-filled

Docteur HARFAOUI Abdennaceur

الدكتور حرفاوي عبد النصر

Professeur

أستاذ

Chirurgie Traumatologique - Orthopédique

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca, le 14/07/2022 في الدار البيضاء

Reçu

Reçu de Tr TE Archi Ahmed

la somme de 9000,- DHS pour

injections intra articulaire

**Dr HARFAOUI Abdennaceur**  
Professeur  
Chirurgie Traumatologique - Orthopédique  
27 Rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris - 20100 Casablanca  
Tél/Fax: 0522 945 945 - GSM: 06 61 505 412 - E-mail: naceurharfaoui@gmail.com

22, rue Jalal Eddine Assayouti, Place des Iris - 20100 Casablanca - Maroc - I.C.E: 001715826000092

Tél.: 05 22 945 945 - GSM: 06 61 505 412 - E-mail: naceurharfaoui@gmail.com



EL ARCHI  
 AHMED  
 9779  
 LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L  
 'AVIATION  
 CASABLANCA

### Objet : Remboursement des frais medicaux (10/2020)

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- Un virement bancaire sur votre RIB n: 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N Recu	Date depot	Frais engages	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé
63151526	27/08/2020	5754.4	RX GENOU 3 OU 4 INCID	260.00	170	2529.4
			CONSULTATION SPECIALISTE	300.00	200	
			PHARMACIE ANAM	480.40	480.4	
			PHARMACIE NON REMBOUSRBALÉ	1,782.00	0	
			PHARMACIE 75%	1,132.00	849	
			SINOVIORSE	900.00	250	
			BIL RX COMPLET GENOU,	900.00	580	

Salutations mutualistes.