

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.

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-603300

55165

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7335 Société : RCM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BENTAHIN NOHANE

Date de naissance : 21/01/20

Adresse :

Tél. : 664992149 Total des frais engagés : MUPRAS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/11/2020

Nom et prénom du malade : LAZRAIK HANANE Age : 15/08/2007

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 : 2052 Le : 25/11/2021

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-603300

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 : 7335

Nom de l'adhérent(e) : BENTAHIN

Total des frais engagés : 823,00

Date de dépôt :

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 effectuée 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 الاثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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 للمسااطر 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 التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



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 : LAZRAK HANANE الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 1351874010 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 1351874010 رقم التسجيل :

N° CIN : 1351874010 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : RC AL FAYE MD "K" Apt N° 15 العنوان :
AL BODS SERVAISS

Montant des frais (Dhs) : 4 3320,00 H مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : LAZRAK HANANE الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 1351874010 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1351874010 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1351874010 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins نوع العلاجات

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

N° dossier ALD* : 1351874010 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : 1351874010 رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ *علاجات خارجية Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐ *استشفاء Date d'hospitalisation : 1351874010 تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : 1351874010 حرر بـ :
le : 1351874010 في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 1351874010 حرر بـ :
le : 1351874010 في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

JNP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

وصف العمليات المجراة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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
2 NOV 2012					

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
25-11-2012	1780,00	

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

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

17/06 7335 Compl dossier

Royaume du Maroc



MME HANANE LAZRAK
RES AL FAJR IMM K APPT 15
AL QODS SIDI BERNOUSSI
CASABLANCA
20000 CASABLANCA. CENTRE DE

000065401567

Accusé de Réception

N° Réception : 65401567
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK HANANE
Immatriculation : 43866741 / 500335500
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK HANANE
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 5/01/2021 13:17
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 2230,00
Nombre de pièces : 10
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

7^{le} 7335 Compl dossier

Royaume du Maroc



MME HANANE LAZRAK
RES AL FAJR IMM K APPT 15
AL QODS SIDI BERNOUSSI
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000065401567

Accusé de Réception

N° Réception : 65401567
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAZRAK HANANE
Immatriculation : 43866741 / 500335500
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAZRAK HANANE
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 5/01/2021 13:17
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 2230,00
Nombre de pièces : 10
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

Dr Darif Abdellatif

Médecin spécialiste
en maladies Cardiovasculaires
et l'hypertension artérielle



الدكتور ضريف عبد اللطيف

طبيب اختصاصي
في أمراض القلب و الشرايين
وارتفاع الضغط الدموي

Casablanca, le

2 - NOV 2015

la max Humane

T = 1780,00

185,20

(1) Subo

160/5

SV

1-00

84,50

(2) Nebido

SV

1/2-0.0

41-60 Gms

24,60

(3)

For. Silla

SV

1-00

39,80

(4)

170g max

SV

0.00

28,80

(5)

Uniduluril for

SV

1-1-1

169,00

(6)

Dal. cou

SV

1 gel

84,50

(7)

Du / h. bou

SV

du 05 a 25j
angde

Dr Darif Abdellatif
طبيب اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين
Mawada imm A, Appt 8, Bd Ibn Tachfine, 20320 - Casablanca
Région de Casablanca - Maroc

Résidence Mawada imm A, Appt 8, Bd Ibn Tachfine, 20320 - Casablanca - Tél : 05 22 62 62 94 - Fax : 05 22 62 62 94 - Urgence : 06 64 42 72 72
اقامة المودة عمارة "A" شقة 8 شارع ابن تاشفين - 20320 الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 62 62 94 - الفاكس : 05 22 62 62 94 - مستعجلات : 06 64 42 72 72

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

6



118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○
28 comprimés pelliculés

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

SULIAT® 160 mg / 5 mg ○

28 comprimés pelliculés



6 118000 072409

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
DUPHASTON 10MG CP
PEL B20 MV
PPV : 84,90 DH



6 118000 010517



362008
03 2020
02 2020

Lot No / رقم اللوت
Date Exp / تاريخ انتهاء الصلاحية
Date / تاريخ

EXP 06/2023
LOT 040533

440460

POTASSIUM
LAPROPHAN®

Sirop 125 ml

POTASSIUM
LAPROPHAN®
Sirop 125 ml



6 118000 031925

PPV
LOT
PER

DOLICOX 100 mg
Etoricoxib

14 Comprimés pelliculés



6 118000 041955

PPV : 169 DH 00
PER : 07/23
LOT : J1957-2

VITANEVRIL® FORT 100 mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 180593

Magnésium 300 mg

e B₆
SANS SEL

LOT
N° 762 16023
PER 99.00



NEBILET 5 mg,
pour compenser
la baisse de la prise
de nourriture.
INDÉSIRABLES
NEBILET 5 mg,
suscceptible d'avoir
des effets indésirables
essentiels, les effets
indésirables sont
proportionnels à la dose.

LOT
N° 762 16023
PER 99.00

e B₆
SANS SEL

Magnésium 300 mg



NEBILET 5 mg,
pour compenser
la baisse de la prise
de nourriture.
INDÉSIRABLES
NEBILET 5 mg,
suscceptible d'avoir
des effets indésirables
essentiels, les effets
indésirables sont
proportionnels à la dose.

Par comprimé :

rénales,
de 2,5 mg
à dose
par jour.
la dose
jour (1/2
journalière
pendant
patients
se et une

ance rénale,
de 2,5 mg
la dose
mg par jour.
5 ans, la dose
g par jour (1/2
se journalière
our. Cependant
hez les patients
s'impose et une
rée.

cardiaque doit
mères semaines
ance de la prise
nts d'insuffisance
ologie ne doit pas
la première dose
sera poursuivi avec
it croissante.
réflecteur néphrétique

du :
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
Peuvent apparaître un pouls anormal
une baisse de la p
respiratoires et des
Avant l'arrivée
prendre du charbon
pharmacie) qui
dans l'estomac.
Si vous oubliez
comprimé, ne prenez pas un autre comprimé.

du :
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
Peuvent apparaître un pouls anormal
une baisse de la p
respiratoires et des
Avant l'arrivée
prendre du charbon
pharmacie) qui
dans l'estomac.
Si vous oubliez
comprimé, ne prenez pas un autre comprimé.

du :
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
Peuvent apparaître un pouls anormal
une baisse de la p
respiratoires et des
Avant l'arrivée
prendre du charbon
pharmacie) qui
dans l'estomac.
Si vous oubliez
comprimé, ne prenez pas un autre comprimé.

du :
Consultez immédiatement votre médecin ou votre pharmacien.
Peuvent apparaître un pouls anormal
une baisse de la p
respiratoires et des
Avant l'arrivée
prendre du charbon
pharmacie) qui
dans l'estomac.
Si vous oubliez
comprimé, ne prenez pas un autre comprimé.

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

Lot n° 93707K
Du 07.2019
Pér. 07.2022

Lot n° 93707K
Du 07.2019
Pér. 07.2022

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

NEBILET® 5mg
28 comprimés
PPV 87DH50

VIGNETTE

ILET 5 mg,
r compenser
e de prendre.
ESIRABLES
BILET 5 mg,
suscceptible d'avoir
des effets indésirables.

01504E
02/2020
02/2023

Lot n°
Du
Pér.

cardiaque doit
mères semaines
ance de la prise
nts d'insuffisance
ologie ne doit pas
la première dose
sera poursuivi avec
it croissante.
réflecteur néphrétique

une posologie progressivement croissante.
batterie, le traitement sera poursuivi avec
chronique, et la posologie ne
de patients atteints d'ins
de l'insuffisance cardiaque
cardiaque chronique
étroite doit être assurée.
expérience limitée chez les p
5 ans, la prudence s'impose