

# 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.

## Éducation :

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

N° P19- 047095

*complément*

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6609 Société : RAM = 32265

Actif  Pensionné(e)  Autre : retraite

Nom & Prénom : ECH-CHAHLI CL Housseau

Date de naissance : 01/07/152

Adresse : même adresse

Tél. : 0661350255 Total des frais engagés : 13.86 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

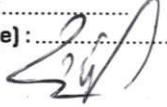
Nature de la maladie : .....

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 : 31/10/2020

Signature de l'adhérent(e) : 

12:46 f ☺ MM 0 0

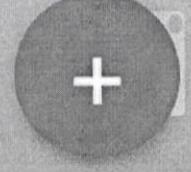
# Remboursements

PAYE

27/04/2020 1 dossiers | 775.00 DH ▾

N° dossier	61238195
Mode de paiement	Virement
Bénéficiaire	SERHANE RABHA
Frais engagés	1386.1 DH
Remboursé	775 DH

CENTRE D'APPELS CNOPS  
053 800 20 20  
0,35 DH/min tél. fixe et 1,20 DH/min tél. mobile



### 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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

### تعليمات يجب اتباعها

تنديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضية التي تنتهي في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم العلاج في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 التغاضية



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : SERHANE RABHA

146499

138216437

B1190430

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

ابن  زوج  ابنة

العنوان :

50, Rue leonard de vinci  
Derb Ghallef CASABLANCA

مبلغ المصاري (درهم) :

1386,10 DHS

عدد الوثائق المرفقة :

(04)

### Déclaration du médecin traitant

#### المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Dr. SERHANE RABHA

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس \* :

Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

#### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

01095745

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المقلوق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Type de soins	Maladie* <input type="checkbox"/> *confidentiel remis* <input type="checkbox"/> oui	Maternité* <input type="checkbox"/> *confidentiel remis* <input type="checkbox"/> non	Hospitalisation* <input type="checkbox"/> *confidentiel remis* <input type="checkbox"/> non	Accident* <input type="checkbox"/> *confidentiel remis* <input type="checkbox"/> non
Date de grossesse :				
Date prévue d'accouchement :				
Date d'hospitalisation :				
Date d'accident :				
Causes :				

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : CASABLANCA Le : 31/01/2020 Télé : 0522 26 88 55	Fait à : CASABLANCA Le : 31/01/2020 Télé : 0522 26 88 55
توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)	توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)
- INP : Identification Nationale du Praticien - Cocher la mention utile pour chaque case	

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرأة

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطلب الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31.01.90	86,10	153, Rua Habib Bourguiba 3d Day Ould Sidi Baba Casablanca - Maroc
	INP : 09 20 78 385	
	INP : _____	
	INP : _____	
	INP : _____	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعدن الطبيين

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفي شهرزاد

اختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونيبولي

Casablanca, le 31.01.2020

Urme SERHANE - RABHA :

TIMABAK 0,50 %  
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH

6118001100682

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAUDI

- Timabak 0,5% :

86,10

1 pte à 8h

1 pte à 20h

Dr. MAAROUFI Scheherazade

Ophtalmologiste

40, Rue des Hôpitaux

Tél.: 0522 26.80.59 - CASABLANCA

Dr. Maâroufi Scheherazade  
40, Rue des Hôpitaux  
Casablanca  
Tél. : 0522 26.80.59

40. زنقة المستشفيات ( مقابل مركز التشخيص ابن رشد ) جناح 28 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.26.80.59  
40, Rue des Hôpitaux (en face du centre de Diagnostic Ibn Rochd) Pavillon 28 - Casablanca - Tél. : 05 22.26.80.59

Dr. Maâroufi Scheherazade

Ophtalmologiste

Maladies et Chirurgie des Yeux

Angiographie Laser

Diplômée de l'Université de Montpellier



الدكتورة معروفي شهرزاد

اختصاصية في أمراض

جراحة العيون

خريجة كلية الطب بمونبولي

Casablanca, le

31/10/2020

Mr SERHANE RABHA

une séance de laser  
YAG (capsulotomie  
O.G) pour opacification  
de la capsule post(O.G)

Dr. MAAROUFI Scheherazade

Ophtalmologiste

40, Rue des Hôpitaux

Tél.: 0522 26 80 59 - CASABLANCA

زنقة المستشفيات ( مقابل مركز التشخيص ابن رشد ) جناح 28 - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.26.80.59

40, Rue des Hôpitaux (en face du centre de Diagnostic Ibn Rochd) Pavillon 28 - Casablanca - Tél. : 05 22.26.80.59



CLINIQUE RACHIDI  
oto-neuro-ophtalmologie

NEUROCHIRURGIE-NEUROLOGIE  
OTORHINOLARYNGOLOGIE et  
CHIRURGIE MAXILLOFACIALE  
OPHTALMOLOGIE  
REANIMATION MEDICO-CHIRURGICALE  
LASER C O2-ARGON-YAG  
SCANNER SPIRALE  
IMPLANTATION COCHLEAIRE  
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE

Casablanca, le

## F A C T U R E

N° : 127144 / 2020 du 31/01/2020

Médecin traitant : DR. MAAROUFI CHAHRAZAD

090003716

مصححة الراندي

مصححة الراغبي

جراحة أمراض الرأس والدماغ والعمود الفقري  
جراحة الأذن والأنف والحنجرة  
جراحة الرجم والعنق  
جراحة أمراض القبور  
الإنعاش الطبي والحراري  
جهاز الليزر  
جهاز السكاكين الحسماوس الكلي

## الدار المصياء في



Médecin traitant : DR. MAAROUFI CHAHRAZAD LASER YAG

Nom du patient	Modalité de paiement	Période hospitalisation
Mme SERHANE RABHA	PAYANT	31/01/20 31/01/20

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
LASER YAG		1,00	500,00	500,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>500,00</b>
			<b>Total clinique</b>	<b>500,00</b>
DR. MAAROUFI CHAHRAZAD (ophtalmo)		1,00	800,00	800,00
			<b>Sous/Total</b>	<b>800,00</b>

Arrêtée à la somme de :	MILLE TROIS CENTS DIRHAMS	TOTAL GENERAL	1 300,00
-------------------------	---------------------------	---------------	----------

BANQUE. P AGENCE AL HADJKA 190 780 21211 9303675 0001 60

Dr. MAAROUFI Scheherazade  
Ophthalmologiste  
40, Rue des Hôpitaux  
Tel.: 0522 26 80 59 - CASABLANCA

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF : 01020458 - R.C : 74087

Patente : 35504150 - ICE - 001540813000088

Tél. 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36:37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: [rachidi@cliniquerachidi.com](mailto:rachidi@cliniquerachidi.com)

MESSAGES IN BAGGAGE 01000152 01 14007000

www.cliniguerachidi.com 03233335715

Royaume du Maroc



MME RABHA SERHANE  
NO 21 R ARROUANI A8 OASIS  
CASABLANCA  
20100 CASABLANCA MAARIF

000061238195

Accusé de Réception

N° Réception : 61238195  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : SERHANE RABHA  
Immatriculation : 43216437 / 040093366  
Nom et Prénom Bénéficiaire : SERHANE RABHA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM  
Date et heure : 26/02/2020 13:32  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40134  
Valeur du dossier : 1386,10  
Nombre de pièces : 4  
Code Agent : M4M0525

Code Etablissement :  
Etablissement :