

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Ordonnance :

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.

## Prothèse 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

Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0037520

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0433

Société : 46 k 77

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

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](http://www.mupras.com)



# 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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية 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 التعريفة 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 التعاوضية

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

مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : CHESSELS ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 1011111111 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 1111111111 رقم التسجيل :

N° CIN : 1111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint ☒ زوج ☐ ابن ☐ Enfant

Adresse : 109 RUE LALLA HANNA ANGLE RUE TATARIS العنوان

HAÏE ISLAM - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 943,60 DH مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 4 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : CHESSELS ABDELLAH المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : CHESSELS ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 10/11/1981 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 1011111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M ☒ ذكر ☐ أنثى ☐ F الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 02403265 الرقم الوطني للإستدلال للممارس :

Type de soins : Non ☐ نوع العلاجات

Admission ALD\* : Oui ☒ قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD\* : 1011111111 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : 111111 رقم المرض المزمن :

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

Hospitalisation\* ☐ \*استشفاء Date d'hospitalisation : 11/11/11 تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : CASABLANCA حرر ب :  
le : 11/11/11 في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : CASABLANCA حرر ب :  
le : 11/11/11 في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

- DNP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع





Dr. Lamyae BOURHALEB

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Diplômée en Neuro-Ophthalmologie  
de l'Université Pierre- Marie Curie, Paris

Ex interne du CHU Ibn Rochd



الدكتورة لمياء بوغالب

طبيبة أخصائية

في أمراض وجراحة العيون

حاصلة على دبلوم أعصاب العيون من جامعة

بيير ماري كوري بباريس

طبيبة داخلية سابقا بالمركز الاستشفائي ابن رشد

Casablanca, le :

Dr. Lamyae BOURHALEB  
Ophthalmologiste  
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage  
N° 12 Casablanca - Tél: 0522.86.54.29

GUERRAS ARMERAZA

18370

X4

Cambogia

3/2

3mm

2/2 x 2/2

10440 x 2

Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.94.65.30 CASABLANCA

musoph

2/2 x 2/2

943.6

PHARMACIE MILAD  
Dr. Samira MILAD  
283, Bd. Sidi Abderrahmane  
Hay Salam - CIL  
Tél: 0522.94.65.30 CASABLANCA

Dr. Lamyae BOURHALEB  
Ophthalmologiste  
421, Bd Abdelmoumen 3ème Etage  
N° 12 Casablanca - Tél: 0522.86.54.29

421, Bd. Abdelmoumen, Résidence Ryad Abdelmoumen,

Esc B, 3ème étage, n° 12 - Tél.: 0522 86 54 29

Urgence : 06 21 44 56 75

E-mail : bourhaleb\_lamyae@menara.ma

421, شارع عبد المومن، إقامة رياض عبد المومن،

سلم ب، الطابق الثالث، رقم 12 - الهاتف : 05 22 86 54 29

مستعجلات : 06 21 44 56 75

LOT 5030338 1  
EXP 07 2021  
PPV 104.40 DH

TRUSOPT 20 mg/ml  
Collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM N° 628/16 DMP/21/NTT



6 118001 072453

LOT 5030338 1  
EXP 07 2021  
PPV 104.40 DH

TRUSOPT 20 mg/ml  
Collyre en solution  
Flacon de 5 ml  
AMM N° 628/16 DMP/21/NTT



6 118001 072453

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution  
Boite d'un flacon de 5ml



6 118001 251506  
PPV:183DH70

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution  
Boite d'un flacon de 5ml



6 118001 251506  
PPV: 183DH70

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution  
Boite d'un flacon de 5ml



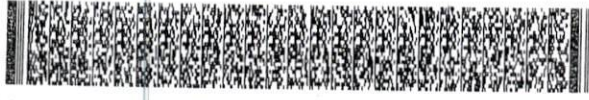
6 118001 251506  
PPV:183DH70

COMBIGAN® 2mg/ml+5mg/ml  
Collyre en solution  
Boite d'un flacon de 5ml



6 118001 251506  
PPV 183DH70

N° B7823 رقم Valable jusqu'au 24.10.2018 صالحة إلى غاية  
ابن عبد السلام بن بناصر  
و زويدة بنت عبد السلام  
Fils de ABDESSLAM ben BENNASSER  
et de ZOUBIDA bent ABDESSELAM  
العنوان 109 رقة عين لالة حية زاوية زقة طماريس حي السلام البيضاء  
Adresse 109 RUE AIN LALLA HAYA ANGLE RUE TAMARIS HY ESSALAM  
CASA  
N° état civil 1560/1955/1955 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس



Conjoint

الزوج (ة)

JOTI NAIMA

18/03/59

SANS

الاسم والنسب

متزوج (ة) بتاريخ

المهنة

الابناء



تاريخ الزدياد

الاسم

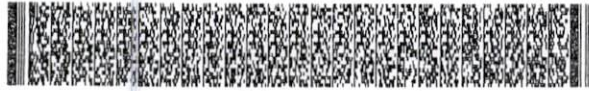
تاريخ الزدياد

الاسم

24/09/79

HANAE

N° B9125 رقم Valable jusqu'au 23.10.2018 صالحة إلى غاية  
بنت الهادي بن -  
و الزهور بنت ادريس  
Fille de EL HADI ben  
et de ZHOR bent DRISS  
العنوان 109 رقة عين لالة حية زاوية زقة طماريس حي السلام البيضاء  
Adresse 109 RUE AIN LALLA HAIA ANGLE RUE TAMARIS HY SALAM CASA  
N° état civil 408/1952 رقم الحالة المدنية Sexe F الجنس





ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

عبد الرزاق  
ABDERRAZZAK

كسوس  
GUESSOUS

مرداد بتاريخ  
Né le 01.01.1936 ب وجدة

المدير العام للأمن الوطني  
à OUJDA 24.10.2018  
Valable jusqu'au 24.10.2018

صالحة الى غاية  
المدير العام للأمن الوطني  
الشرقي امريص

87823 MD




الصندوق الوطني لمنظمات  
الاحتياط الاجتماعي  
CNOPS - RABAT

POLICE

Nom : GUESSOUS  
Prénom : ABDERRAZAK  
Né (e) le : 12/09/36 Org. : RETRAITE

Immatriculation رقم التسجيل S. O. M. / Etab. / Pens.  
241 025761

Affiliation رقم الانخراط Date affiliation  
007152 الرئيس 01/12/57



ROYAUME DU MAROC  
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية  
البطاقة الوطنية للتعريف

نايمة  
NAJMA

جوطي  
JOTI

مردادة بتاريخ  
Née le 03.03.1941 ب وجدة

المدير العام للأمن الوطني  
à OUJDA 23.10.2018  
Valable jusqu'au 23.10.2018

صالحة الى غاية  
المدير العام للأمن الوطني  
الشرقي امريص

89125 FA



Caisse Nationale des Organismes  
de Prévoyance Sociale  
BP 209  
10 AL KHALIL  
10000 RABAT

RABAT, le 08/02/2016

MR GUESSOUS ABDERRAZZAK  
SALAM  
N109 R AIN LALLA HAYA HY  
CASABLANCA  
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

Objet: Renouvellement automatique de l'exonération du ticket modérateur.  
Réf : Dossier n°:16895864 du: 08/02/2016  
Immatriculation:24025761  
L'assuré: GUESSOUS ABDERRAZZAK  
Bénéficiaire:GUESSOUS ABDERRAZZAK (01 )

Madame, Monsieur,

Suite à l'expiration de l'accord cité en référence, nous avons l'honneur de vous faire part du renouvellement automatique de votre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 16895864
- Code affection: T053
- Validité de l'Accord: du 22/03/2016 au 22/03/2021

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.





COMITE : PP-CASA

DATE : .....

N° Reçu...../COMITE/2020.

Affiliation : .....

Adhérent : .....

Nombre de dossier.....

Frais engagés : .....

Signature et cachet du trésorier :

N.B : ce reçu est exige pour le règlement des Prestations.