

## 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 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  |
| ○ 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 Alial Ben Abdellah - 6ème Étage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

N° W19-589021

48015

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8541			
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	Société : RAN MUPRAS	
Nom & Prénom : BOUTALEB AICHAAS			
Date de naissance : 04/04/1967 20 NOV. 2020			
Adresse : quartier Laïmouna Ville N°100 Casablanca			
Tél. : 150 41 10 Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint
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 : Casablanca

Le : 19/11/2020

Signature de l'adhérent(e) :



**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.

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
ناريع الإيداع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملامح والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دعا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعميم.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، رهين باحترام الشروط القانونية ومن ماسحة ذكرة.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

EL FASSI EL FINRI ABDELAH

9113491

N° Affiliation :

43430778

N° Immatriculation :

8487399

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : LOTISSEMENT LA MOUNA 1,  
VILLA N°100 CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1504,107

Nombre de pièces jointes : 03

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : EL FASSI EL FINRI ABDELAH

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* : ♂ ذكر  F أنثى

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

نوع العلاجات :

Type de soins

Maladie \*  مرض \*  مرض

Pli confidentiel rempli :  Oui  Non

Date de grossesse :

Maternité \*  تاریخ المولودة :  تاریخ المولودة :  تاریخ المولودة :

Date prévue d'accouchement :

Hospitalisation  استشفاء  تاریخ الاستشفاء :

Date d'hospitalisation :

Accident \*  حادث \*  تاریخ الحادث :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

حرر : 01/10/1940

le : 01/10/1940

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه وآمنت بها.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

حرر : 0522 46 0552 57 0066

العنوان : Avenue 2 Mai 1952

توقيع وطابع المختار أو المختار أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du M. chargé de traiter de l'établissement de soins

\* اكتب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع معها كل تزييف هذا المطبوع

### **description des actes effectiés**

وصف العمليات المجرات

CIM - 10

## Description des ordonnances émises et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التغییر Date d'exécution	الشأن المغفور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14-08-20	1200,-DH	<b>INTEROPTIC</b> Hind ECHAFAI OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rue Hassan II - Mohammedia
INP : 095011664		
03/08/20	54,10	<b>PHARMACIE ABOU SOUALMANE</b> SMIZLANE LARABI 4, Rue Abou-Soualmane El Khattabi Casablanca - Tél: 0522 82 90 44
INP : 0620000004		
INP :		

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الأشعه و الصور

نوع و طابع طبب الأشعة أو الإحيان Signature et Cachet du Radiologue ou Biogiste	المبلغ المفoter Montant facturé	قيمة المعامل Valeur Clé	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

Actes Paramédicaux



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 PAYE

❶ 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
- 2	-	05/10/2020	Virement	-	1 804,10 077,87	1	76,23	1 154,10
63282276	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 504,10	957,87	46,23	1 004,10
63282300	03/09/2020	Payé en : 32 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	120,00	30,00	150,00

# Interoptic

**INTER OPTIC**

**FACTURE N°:** 000000

### **Résidence du parc, angle**

## **Melilla et bd ibnou tachefine**

**Magasin N° 3 Mohammedia**

**DATE:** 14-08-2020

M. EL FASSI EL FIRRI

.....A.B. Clegg, Jr. ....

Quantités	DESIGNATION	Nomenclature	P. U.	MONTANT
1	Monture Vision de prez			400,00
2	Verres organique AIR Bleu.	hot	400	800,00
	OD : +2,25 (-0,25 à l'eo)			
	OG : +2,25 (-0,25 à l'eo)			
<hr/>				
<p><b>Arrêté la Présente Facture à la Somme de</b>  <b>Mille deux Cent dirhams</b></p>				
<p>Montant à payer            dont T. V. A. à            20 % incluse pour</p>				
<hr/>				

**INTEROPTIC**  
Hind ECHAFAI  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rue Mettilia - Mohammedia

INETROPTIC RC : 17356 IF : 40397495 ICE : 00192278000001) PATENTE : 8037/16

**INPE : 095011664**



الدكتور محمد علي بنعبد الرزق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

### Mr. ELFASSI ELFIHRI ABDELLAH

Monture pour vision de près + verres correcteurs  
Organiques Antireflets, Amincis

VP :

OD = + 2.25 (- 0.25 à 40°)

OG = + 2.25 (- 0.25 à 140°)

**INTEROPTIC**  
Hind ECHAFAI  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rue Mellilia - Mohammedia

دكتور بنعبد الرزق، إختصاصي في نسق وجراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96 Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

Casablanca , le  
**03/08/2020**

شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 1، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.86.05.57 / 58 -  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046