

# 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Declaration de Maladie

N° W19-589021

48015

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHAS

Date de naissance : 26/04/1967 20 NOV. 2020

Adresse : Quartier Laimoune Ville N° 100 Casablanca

Tél. : Total des frais engagés : 1504,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : MUPRAS

Date de consultation : 20 NOV. 2020

Nom et prénom du malade : /

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : ACCUEIL

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.

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التماحدية 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 مازف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية ومن ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL FASSI EL FINRI ABDEUAMH الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 213481 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 434130778 رقم التسجيل :

N° CIN : B487399 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : LOTISSEMENT LAIMOUNE 1 العنوان : VILLA NO 100 CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1504,10 مبلغ المصاريف (درهم) : 03 عدد الوثائق المرفقة : 03

Nombre de pièces jointes : 03

Bénéficiaire de soins : EL FASSI EL FINRI ABDEUAMH المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : EL FASSI EL FINRI ABDEUAMH الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 21/02/1968 تاريخ الميلاد :

N° CIN : B487399 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : F أنثى الجنس : \*

N° INP : 001/001/001 الرقم الوطني الاستدلالي للممارسين :

Type de soins : 18053472 نوع العلاجات :

Maladie \* : مرض \* Pli confidentiel remis : Oui (Non) تم تقديم الظرف المغلق : \*

Maternité \* : تاريخ الحمل : Date de grossesse : 000000 تاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement : 000000 تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation : 000000 تاريخ الحادث : Date d'accident : 000000 أسباب الحادث : Causes : 000000

Hospitalisation \* : استشفاء \* Accident \* : حادث \*

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

Fait à : 08/08/2008

le : 08/08/2008

Signature de l'assuré (e) : 08/08/2008

Signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature du praticien : 08/08/2008

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مبيعاً كلياً بيع هذا الطبعوع



عمليات الأحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العدائيات Code des actes	رمز أعمال العمليات Lettre clé + Cotation NGAZ	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					



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

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	1 077,87	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°: 890**

**Résidence du parc, angle**

**Melilla et bd ibnou tachefine**

**Magasin N° 3 Mohammedia**

**DATE: 14-08-2020**

**M. EL FASSI EL FIKRI**

**ABdelhak**

Quantités	DESIGNATION	Nomenclature	P. U.	MONTANT
1	Monture vision de pres			400,00
2	Verres organique AIR Bleu.	407	400	800,00
	OD: +2,25 (-0,25 à 4,0)			
	OG: +2,25 (-0,25 à 4,0)			
Arrêté la Présente Facture à la Somme de				
Mille deux Cent Dirhams				
Montant à payer				1200,00 DA
dont T. V. A. à				
20 % incluse pour				

**INTEROPTIC**

**Hind ECHAFAI**

**OPTICIEN - OPTOMETRISTE**

**Rue Melilla - Mohammedia**

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

**INPE : 395011664**





الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بليج (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 محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A N°6  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - Casablanca

Casablanca, le 03/08/2020

96 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  
المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046