

# 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, parodontologie 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.

## 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

Réclamation : contact@mupras.com  
Prise en charge : pec@mupras.com  
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° M20- 0002852

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9038 Société : 52 169

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : EDDAoudi Ahmed

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 05 57400894 Total des frais engagés : Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M20-02852

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

# ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Declaration de Maladie  
N° P19-0042505

## 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

Maladie  Dentaire  Optique 37853

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098 Société : RAM 2784  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed  
 Date de naissance : 01.01.1955  
 Adresse : Hay AL Azhar Im. 3 Ap 19 Tr Sidi Berrouj Casablanca  
 Tél : 06 57 124824 Total des frais engagés : 4300 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Complement**  
 Date de consultation : ...../...../.....  
 Nom et prénom du malade : ..... Age : .....  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Ent  
 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. J'ai eu connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 18/08/19

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

FNBS

de mut  
Traitement  
dernier  
18/08/19

## VOLET ADHERENT

Declaration de maladie N° P19-042505

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 : 09098  
 Nom de l'adhérent(e) : EDDAOUDI  
 Total des frais engagés : 4300  
 Date de dépôt : .....



N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e) خاصة بالمريض له (ألم)

Nom et prénom : FETOUAKI Zoulikha الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : 81143-1 رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : 191312121212147 رقم التسجيل :  
N° CIN : 1R1410681 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : Hay Al Azhar Im 3 Ap 19 Tr 8/2 العنوان :  
Ahl Loughlam - Casa

Montant des frais (Dhs) : 4300.00 DH مبلغ المصاريف (درهم) :  
عدد الوثائق المرفقة : (11)

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب للعلاج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : FETOUAKI Zoulikha الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : 12/12/1968 تاريخ الأزيداد :  
N° CIN : 1R141068 رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

Identification du médecin traitant تحديد الطبيب للعلاج

\* N° INP \* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins	نوع العلاجات
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*	تم تقديم الطرف المغلق* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse : <input type="text"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*	Date prévue d'accouchement : <input type="text"/>
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation : <input type="text"/>
	Date d'accident : <input type="text"/>
	Causes : <input type="text"/>

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : Casa حرر بـ :  
Le : 17/02/2020 في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature de l'assuré(e) Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case \* أشطب الخانة

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 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتركة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش 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 المتابعة

17 FEV. 2020  
CASABLANCA

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier :  تاريخ الإيداع :

Description des actes effectués

وصف العمليات المعجزة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
03-02-2020	05			#3000#	

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

جدد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأخصاء والمصور

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 Radiolo ou -Mologiste
10/02/2020	001			#1000,00#	

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]

Actes Paramédicaux

عمليات الصيادلة والممرضين

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 Paraméd
10/02/2020				3000,00	

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]

# Optique Le Beau Coin



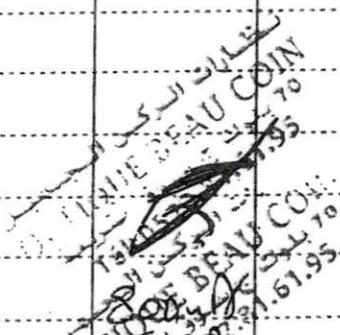
INP: 001719172

FACTURE N° 8905

Casablanca le: 10/02/20

Mme: FETOUAKI Zoulikha

VL:	
OD:	plan (-0,75) 175°
OG:	plan (-0,75) 170°
VF:	
OD:	Add + 2,25
OG:	
Monture:	Ophique
Verres:	Progressifs Organique 2v. 17
	antireflets



ICE 001790060000087

RC 335648

Total: 3000,00 Dir  
Trois Mille Dirhs  
en T.T.C.

Arrêtée la présente facture à la somme du:

Bd Moudiboutika Bloc (j) N°70 Korea - Casablanca - Tél : 06 25 27 25 92

Patente N°: 36612797 - IF : 50791172

وصفة طبية  
Ordonnance 03/02/2020

Casablanca, le :

Mme: Fetouaki Zoulikha

Lunettes Pour VL et VR progressifs

VL  
OD = (-0,75 à 175°)  
OG = (-0,75 à 170°)

VR = Add ODG = + 2,25 f

Information EN ATTENTE DE PIECE 1 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		11/03/2020	Virement		4 947,80	1 725,60	86,08	1 811,68
61059578	17/02/2020	Payé en : 23 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	647,80	405,60	81,08	486,68
61059553	17/02/2020	Payé en : 23 jours		FETOUAKI ZOULIKHA	4 300,00	1 320,00	5,00	1 325,00
2		27/01/2020	Virement		314,20	213,94	37,27	251,21

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

Espace interactif



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)



MME FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvert

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

350 810 000 000 000 788 746 652

Espace interactif

Mes ayants droits



ROYAUME DU MAROC  
LE 14/02/2012  
MARRAKECH  
20000

00006105755

Accusé de Réception

N° Réception

61057557

Ref. à l'appeler pour l'adh. correspondance ulterieur

Nom et Prénom Adressé

FETOUAKI ZOUJEDDI

Adresse

9328007 / 02007032

Nom et Prénom Beneficiaire

FETOUAKI ZOUJEDDI

Adresse Beneficiaire

01

Page de

FEUILLE DE

Données de

17/02/2012

Code de

00000000

Prénoms de

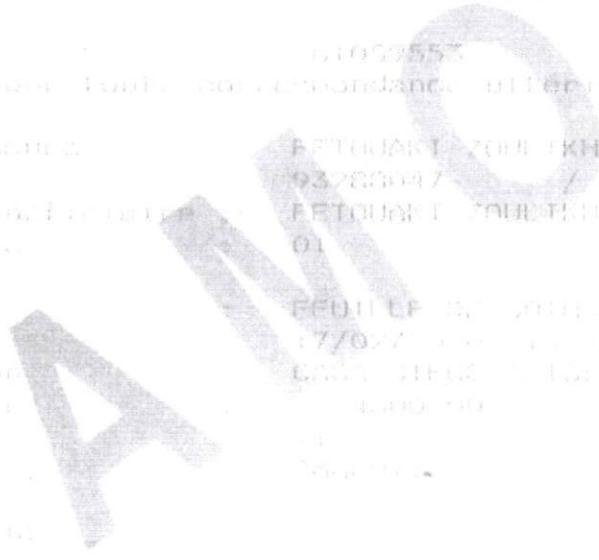
00000000

Code de

00000000

Code de

Code de



وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

03/02/2020

M<sup>me</sup> Fetouaki Zoulikha

- TO < 20 - Hg
- 20 - Hg
- C/D ≈ 7/10 odc

⇒ DOCT papillaire

