

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7058

Société : *CB*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL HAJJI

JANILA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661400476

Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : 1 EL HAJJI 7058

Age: .....

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie : .....

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 : 21/02/2024

Signature de l'adhérent(e) : *El Hajji*



## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

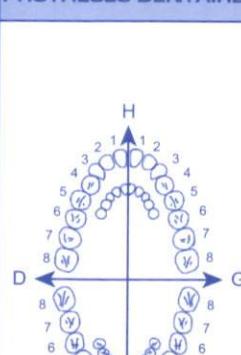
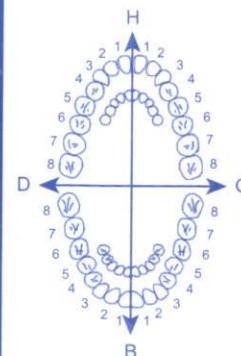
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

#### **[Création, remont, adjonction]**



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 le praticien 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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 وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف المارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الإحصاء الاجتماعي 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 المصرفة 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 طبقاً للفساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحصاء الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التأمينية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الإيداع :



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

MEZIANE

2024

N° Affiliation :

14419N11

N° Immatriculation

1311917913412

N° CIN :

A1114555

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse :

Residence Abderrahmane El Ghaffar  
Rue El Ghaffar El Ghaffar B 43170 82

Montant des frais :

295,00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

3

### Declaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie* <input checked="" type="checkbox"/>	مرض* <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة* <input type="checkbox"/>	Date de grossesse :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث* <input type="checkbox"/>	Date d'accident :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

حرر بـ : *Rabat*  
في *16/02/2024*  
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

صرح بصدق المعلومات المقدمة  
Je déclare ces informations ci-dessous sincères et vérifiables  
في *16/02/2024*  
توقيع الطبيب المعالج أو المؤمن به  
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins



**RELEVE DES PAIEMENTS  
A L'ASSURE**

Jeudi 22 Février 2024

**Exercice : 2023**

Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MEZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI  
RESID EL GHAFIKI B N 17 Ville RABAT AGDAL**Dossier(s) payé(s)**

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
78768452	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	1 510,20	590,40		590,40
78768486	24/01/2023	V	21/03/2023	ZOBIR	491,30	180,90	5,00	185,90
78768394	24/01/2023	V	04/04/2023	ZOBIR	4 769,50	3 611,50	297,60	3 909,10
81037212	23/05/2023	V	28/06/2023	ZOBIR	3 946,00	3 082,40	156,80	3 239,20
82229212	28/07/2023	V	06/09/2023	ZOBIR	890,00	533,00	99,40	632,40
83410904	10/10/2023	V	07/12/2023	ZOBIR	3 774,30	3 033,50	165,60	3 199,10
Sous totaux :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10
Total Général :					15 381,30	11 031,70	724,40	11 756,10

Nombre de dossiers : 6

**RELEVE DES PAIEMENTS  
A L'ASSURE**

**Exercice : 2024**

Jeudi 22 Février 2024

Immatriculation 53979342 Affiliation 441941 Mutuelle MGPAP

Nom et Prénom MÉZIANE ZOBIR

Adresse RUE ABDERRAHMANE EL GHAFIKI  
RESID EL GHAFIKI B N 17

Ville RABAT AGDAL

**Dossier(s) liquidé(s)**

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85832487	07/02/2024		En cours	ZOBIR	295,20	206,64	47,23	253,87
85832515	07/02/2024		En cours	ZOBIR	4 800,00	1 320,00	5,00	1 325,00
			<b>Sous totaux :</b>			<b>5 095,20</b>	<b>1 526,64</b>	<b>52,23</b>
								1 578,87

**Dossier(s) soumis au contrôle**

N° Dossier	Date Réception	Mode Pa.	Date Pa.	Bénéficiaire	Frais Enagés	A.M.O CNOPS	MUTUELLE	Total
85833176	07/02/2024		En cours	ZOBIR	3 388,60	2 889,90		2 889,90
			<b>Sous totaux :</b>			<b>3 388,60</b>	<b>2 889,90</b>	<b>2 889,90</b>
			<b>Total Général :</b>			<b>8 483,80</b>	<b>4 416,54</b>	<b>52,23</b>
								4 468,77

Nombre de dossiers : 3

ZOBIR

ZOBIR



## ORDONNANCE

7-3-2 - 10-02-24  
Casablanca, le:

جراحة المسالك البولية التنسالية

UROLOGIE

endo-urologie العلاج المنظاري  
lithotritie تفتيت الحصى

CHIRURGIE GENERALE  
COELIO-CHIRURGIE

جراحة الأطفال  
CHIRURGIE PEDIATRIQUE

جراحة النساء  
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE

الإنعاش و جميع  
الاختصاصات الطبية

REANIMATION ET TOUTES  
SPECIALITES MEDICALES

مركز تفتيت الحصى  
CENTRE DE LITHOTRIPSIE  
EXTRACORPORELLE

مركز الفحص بالأشعة  
CENTRE DE RADIOLOGIE

SCANNER  
RADIOLOGIE STANDARD

147,60 x 2

flat n 10

147 le Jour

PHARMACIE HAY TBIB  
Dr ROUIFI Faïçal  
Angle Rues 44 et 196 Hay Ennaya  
Kénitra Tel 05 37 38 41 00  
INPE 052031309

Dr. MEZIANE Mustapha  
Chirurgien - Urologue  
CLINIQUE LA SOURCE  
Télé: 05 22 20 14 40 - Casablanca  
X 2 mois

14. زنقة نقى الدين (برن سابقا) حي المستشفيات 20 000 الدار البيضاء -  
Tél.: 05 22 20 14 40 / 41-Fax: 05 22 20 13 99 - www.cliniquelasource.ma - E-mail(Administration): contact@cliniquelasource.ma - E-mail(Médical): info@cliniquelasource.ma

RDV de Consultation d'Urologie(1er Etage) - Tél.: 05 22 20 14 42 / 43

S.A.R.L - I.F.: 14415714 - C.N.S.S.: 9428120 - T.P.: 36335867

**FLOTRAL®10 mg**   
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6118001300150

**FLOTRAL®10 mg**   
30 comprimés à  
libération Prolongée  
Voie orale



6118001300150