

# 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

- 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 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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7526

Société :

AG99220

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EL AMMARI, ADELMAJID

Date de naissance :

15/03/1957

Adresse : LOT HAJ FATEH 6 N°3 OULFA CASA

Tél. : 0666131007

Total des frais engagés : 4454,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

04/12/2023

Nom et prénom du malade : BADRAOUI Fouzia Age: 62 ans

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 : Casab

Le : 18/03/2024

Signature de l'adhérent(e) :



### 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 - RADIGRAPHIES

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412	21433552	Coefficient DES TRAVAUX
	D	00000000	00000000	MONTANTS DES SOINS
	G	00000000	00000000	DATE DU DEVIS
	B	35533411	11433553	DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

### Instructions à suivre

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 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya un 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 sévères et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

### تعليمات يجب اتباعها

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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسالة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإيجابية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستحسن. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حلم شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

ستتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية  
الإخطار الناجمة عن حوادث الشغف والأمراض  
الهامة غير قابلة للتغطية.

كل من ثبت عليه غش أو تضليل كاذب للاستفادة  
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر  
القانونية.

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

توقيع وطابع التغطية  
Cachet et signature de la mutuelle



 <b>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض</b> <b>Feuille de Soins Maladie</b>	<b>التأمين الإجباري عن المرض</b> <b>Assurance Maladie Obligatoire</b> <b>Réf ANAM 1.1.01.01</b> <b>مراجع رقم</b>
---	---

<b>N° Bordereau :</b> ..... <b>N° Dossier :</b> ..... <b>Partie réservée à l'assuré(e)</b> <b>خاص بالمؤمن له (ها)</b>	<b>الاسم العائلي والشخصي:</b> <i>البدراء فوزي</i> <b>رقم الإنخراط:</b> <i>BN18191131</i> <b>رقم التسجيل:</b> <i>B17693140</i> <b>رقم بطاقة التعريف الوطنية:</b> <i>14121810315104</i> <b>علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له:</b> ابن
<b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>زوج</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b> <input type="checkbox"/> <b>ابن</b> <input type="checkbox"/>	
<b>العنوان:</b> <i>BOITE POSTALE N° 50834 Casablanca</i> <b>Montant des frais:</b> <i>4451,10 Dhs</i> <b>Nombre de pièces jointes:</b> <i>2</i>	

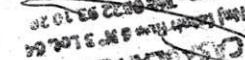
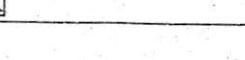
<b>Bénéficiaire de soins</b> <b>Nom et prénom:</b> <i>Fayza Badraoui</i> <b>Date de naissance:</b> <i>1992/08/18</i> <b>N° CIN:</b> <i>14121810315104</i> <b>Sexe:</b> <i>Female</i>	<b>Declaration du médecin traitant</b> <b>تصريح الطبيب المعالج</b> <b>المستفيد من العلاجات</b> <b>الاسم العائلي والشخصي:</b> <i>فاطمة بدراء</i> <b>تاريخ الإرداد:</b> <i>1992/08/18</i> <b>رقم بطاقة التعريف الوطنية:</b> <i>4451,10</i> <b>الجنس:</b> <i>Female</i>
--	--

<b>N° INP</b> <i>10928918</i> <b>Type d's soins</b> <b>Maladie*</b> <input type="checkbox"/> <b>مرض*</b> <b>Pli confidentiel remis*</b> <input type="checkbox"/> <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <b>تم تقديم الظرف المغلق*</b> : <input type="checkbox"/> <b>Maternité*</b> <input type="checkbox"/> <b>أمومة*</b> <b>Date de grossesse :</b> <i>1992/08/18</i> <b>Hospitalisation*</b> <input type="checkbox"/> <b>استشفاء*</b> <b>Date prévue d'accouchement :</b> <i>1992/08/18</i> <b>Accident*</b> <input type="checkbox"/> <b>حادث*</b> <b>Date d'hospitalisation :</b> <i>1992/08/18</i> <b>Causes :</b> ..... <b>أشهد بصدق وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</b> <b>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</b> <b>Fait à :</b> <i>Casablanca</i> <b>في:</b> <i>1992/08/18</i> <b>Signature de l'assuré(e)</b> <i>فاطمة بدراء</i>	<b>نوع العلاجات</b> <b>تاريخ العمل:</b> <i>1992/08/18</i> <b>التاريخ المرتفق للولادة:</b> <i>1992/08/18</i> <b>تاريخ الإستشفاء:</b> <i>1992/08/18</i> <b>تاريخ الحادث:</b> <i>1992/08/18</i> <b>أسباب الحادث:</b> ..... <b>أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.</b> <b>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</b> <b>Fait à :</b> <i>Casablanca</i> <b>le:</b> <i>1992/08/18</i> <b>الطبقة الاجتماعية الصالحة</b> <b>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</b>
--	--

CIM-10

ـ دـ الـ صـفـاتـ الـتـيـ تمـ تـنـفـذـهـاـ وـ التـجهـيزـاتـ الـطـبـيـةـ الـمـمـوـنةـ

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليق Date d'exécution	الشى المفتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلى أو مسون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs ménicaux
04/02/23	54,10	  
	INP : 191361421861	
	INP : 	
INP :		

INTRODUCTION

INP:

INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

INP:|||||

Actes Paramédicaux

NP:

**Dr RAFIK ILYASS**  
**OPHTHALMOLOGISTE**  
**ADULTES ET ENFANTS**



**د. إيلياس الرفيق**  
**طب و جراحة العيون**  
**للكبار والصغار**

Diplômé de la faculté de médecine de Casablanca  
Ancien interne du CHU Ibn Rochd  
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطبي والصيدلة بالدار البيضاء  
طبيب داخلي سابق بالمونتيفي الجامعي ابن رشد  
طبيب سابق بالمونتيفي - فاس

Casablanca le

04 décembre 2023

**Mme BADRAOUI Fouzia**

Monture + verres correcteurs progressifs Champ large Antireflets,  
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.00 (- 0.50 à 95°)

OG = + 1.75 (- 0.25 à 85°)

Vision de près :

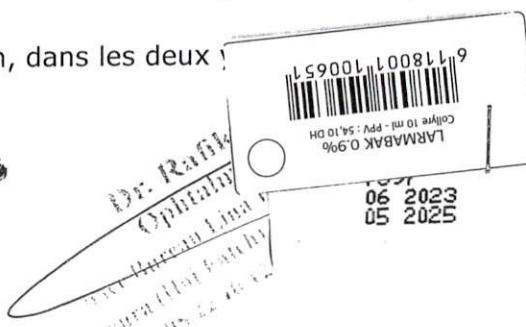
ODG = Add : + 2.50

54,20

**LARMABAK 0,9 % collyre**  
1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux  
Mois



AL FIRDACUS OPTIQUE SARL  
El. 1222 EL IDRISSI HICHAM  
Opticien Forméiste  
Avoun Erable imm CH 25 A Magasin N 021-030  
Hay El Oulfa Casablanca Tel: 0522938512/38  
INPI: 055001889



05.22.10.12.57

06.63.65.68.04

dr.rafik.ilyass@gmail.com

Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)  
عمراء لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصدع)

# AL FIRDAOUS OPTIQUE

AVENUE OUM ERRABIE. IMM GH25A MAGASIN 02L030  
HAY EL OULFA-CASABLANCA  
05.22.93.83.12

## FACTURE

FACTURE N° : **443/2023**

DATE FACTURE : **26/12/2023**

CLIENT : **BADRAOUI FOUZIA**

<b>DESIGNATION</b>		<b>PRIX TTC</b>
Verre1D	<b>orma progressif antireflet zeiss</b>	1 700,00 DH
Verre1G	<b>orma progressif antireflet zeiss</b>	1 700,00 DH
Monture1 :	<b>optique</b>	700,00 DH
Verre2D	<b>-0.75(-1à95)add+2.00</b>	
Verre2G	<b>pl(-1.25à80)add+2.00</b>	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

**QUATRE MILLE CENT DIRHAMS**

**Total TTC : 4 100,00 DH**

**Total HT : 3 416,67 DH**

**TVA 20% : 683,33 DH**

AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL  
EL AZZI EL IDRISI HICHAM  
Opticien Optométriste  
Av.oum Errabie ,imm. GH 25 A Magasin N 02L030  
Hay EL Oulfa Casablanca Tel: 052293861268  
INPE: 095001889

CNSS : 6886230

RC : 134443

IF : 2223647

PATENTE : 36062303

IC 21002692746+0000018



095001889

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
- 1	-	05/03/2024	Virement	-	662,00	416,00	0,00	416,00
85336294	15/01/2024	Payé en : 50 jours		BADRAOUI FOUZIA	662,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	04/03/2024	Virement	-	4 454,10	1 357,87	0,00	1 357,87
85217791	08/01/2024	Payé en : 56 jours		BADRAOUI FOUZIA	4 454,10	1 357,87	0,00	1 357,87

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)



432.803504  
07/11.318213  
B.769310

