

# 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.



## Déclaration de Maladie

N° W19-476635

COMPLEMENT

24185 A

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161

Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AOUAD NADIA

Date de naissance : 13/04/83

Adresse : RESIDENCE ABDELOUHEN 1412 APT II  
BD BIR ANZARANE DENS OUALLOF AGADANCA

Tél. : 0661411411

Total des frais engagés : - 41512,64 -

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAKARIE K

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ 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'at médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca

Le : 14 / 10 / 20

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

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

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهدية 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

**MGEN**

**03 AOUT 2020**

**CASABLANCA**

Identification de l'agent : .....

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



N° Bordereau : .....

## 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 : **62839624**

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **LAKHARIF KHADJA** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **355171** : رقم الانخراط

N° Immatriculation : **942208139** : رقم التسجيل

N° CIN : **B 205311** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ أخت

Adresse : **RESIDENCE ABDELBOUEN 1112 ATIM 3D BO ANZARANE DEB GHAUF CASABLANCA** : العنوان

Montant des frais (Dhs) : **451.20 DA** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **03** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الميلاد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091271886** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie : مرض

Maternité : أمومة

Hospitalisation : استشفاء

Accident\* : حادث\*

Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الطرف المغلف\*

Date de grossesse : : تاريخ الحمل

Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة

Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء

Date d'accident : : تاريخ الحادث

Causes : : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : **Casablanca** : حرره بـ

le : **03/08/2020** : في

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casablanca** : حرره بـ

le : **03/08/2020** : في

توقيع وطبيب الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

PE. MED. HAMDANE  
OPHTALMOLOGISTE  
Casablanca



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

**CIM - 10**

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : .....					
INP : .....					
INP : .....					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المونة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
23/7/2020	351,20 092008564	
29-07-2020	3500, 093556303	

### Actes Paramédicaux

### عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

ستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
راض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا  
بمستشفيات باريس

Casablanca le 23/07/82 الدار البيضاء في

LAKHLIF.

Kha dja

Mouda

38,50  
x 6

Sicafleint

5/5/6uis

Sus Anest  
Xaïlin Night

83,00

1 nuitte de son  
se coucher / 6uis

Seru physio (sul)

37,20

tamp ozelaine au ber

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

SICCAFLUID 2,5 mg/g  
Gel ophtalmique 10 g - PPV : 38,50 DH

6 118001 101023

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

14.2218

PZN 10546042

5 060361 080436

OPHTALMED  
PPC  
82 mg/g

3 518646 266

CE 0459

STERILE A

⊗

⚠

⌂

ZENITH PHARM  
PPC : 37,20 DH





# OPTIQUE 1000%

Opticien - Optométriste

Facture

Optique Mille pour Cent  
Opticien - Optométriste

001749

Date :

29-07-2020

M. KHARIF KHADIYA

Docteur: MOHAMMED HAMEDANI

Type des Verres :

CRMS AR bleu

Monture :

PLASTIQUE

1000,

\* Vision de Lion :

OD

Axe 75=

Cyl -0.75

Sph +2.00

1250,

OG

Axe 95=

Cyl -0.75

Sph +1.75

1250,

\* Vision de Prés :

OD

Axe .....

Cyl .....

Sph .....

OG

Axe .....

Cyl .....

Sph .....

Optique Mille pour Cent

Opticien - Optométriste

+2.50

Montant :

3500,

Trois mille cinq cent Dhs.

N°425 Centre-Ville Bd Anglais - Casablanca

ICE : 001834000001810 - IF : 018345 - RC : 242426

T.P : 023451 - Patente : 30057211

Docteur Mohammed HAMDANI

الدكتور محمد حمداني

Ex Professeur à la Faculté de Médecine  
de Casablanca

Ophtamologie Pédiatrique et Adulte  
Ancien Médecin Résident Etranger  
de l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

ستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء  
راض وجراحة العيون الأطفال والكبار

طبيب داخلي سابقا

بمستشفيات باريس

23/7/2023  
الدار البيضاء في

Casablanca le : .....

LAKHRIF

Khadija

Lunelle

V. photochromiques  
à filtre bleu  
progenif.

$$D_1 = (7r', -0.7r) + 2.100$$

$$D_2 = (9r', -0.17r) + 1.17r$$

Optique Mille pour Cent  
Opticien - Optométriste

additif  
Dr. HAMDANI  
OPHTALMOLOGISTE  
Boulevard Mohammed VI - Casablanca  
Tél: 0522 26 66 77

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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](#)**ENREGISTRE 3**[EN ATTENTE DE PIECE 1](#)[PAYE](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	9 014,01	0,00	0,00	0,00
62839624	04/08/2020	LAKHRIF KHADIJA	4 151,20	0,00	0,00	0,00
62839638	04/08/2020	LAKHRIF KHADIJA	1 544,50	0,00	0,00	0,00
63090072	24/08/2020	LAKHRIF KHADIJA	3 318,31	0,00	0,00	0,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#)

☆☆☆☆☆





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

EN COURS DE TRAITEMENT

1

PAYE

① 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	-	30/09/2020	Virement	-	3 318,31	855,00	0,00	855,00
63090072	24/08/2020	Payé en : 37 jours		LAKHRIF KHADIJA	3 318,31	855,00	0,00	855,00
- 2	-	23/09/2020	Virement	-	5 695,70	2 051,30	155,24	2 206,54
62839638	04/08/2020	Payé en : 50 jours		LAKHRIF KHADIJA	1 544,50	491,60	105,08	596,68
62839624	04/08/2020	Payé en : 50 jours		LAKHRIF KHADIJA	4 151,20	1 559,70	50,16	1 609,86
1	-	05/08/2020	Virement	-	605,20	475,20	5,00	480,20
1	-	19/05/2020	Virement	-	1 391,25	119,88	27,40	147,28
2	-	31/03/2020	Virement	-	2 234,31	1 158,20	76,75	1 234,95