

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 064733

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID  
Date de naissance : 26-06-49  
Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 9 N° 6 OUL FA CASABLANCA  
Tél. 0663875063 Total des frais engagés : 3547,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
en Dhs

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BENJALOU Amina Age : 01/03/56  
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 : CASABLANCA Le : / /  
Signature de l'adhérent(e) :



# 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 وأدمنتها بالوصفات المدرسة.

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 و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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 النصروفة على أساس التعريف 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 للمساطر القانونية.

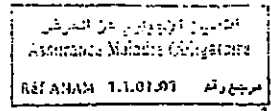
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....



N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENSAÏLOUN Amina

الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 153844

رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 932230532

رقم التسجيل :

N° CIN : A78767

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : Cité Tadamont n°6 Azhari

العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 348,20 centimes

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 1

عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : .....

المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : .....

الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 12/3/56

تاريخ الزيداد :

N° CIN : A78767

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M

الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : INPE 091166421

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : .....

نوع العلاجات

Maladie \* ☒ مرض \* Pli confidentiel remis\* : Oui Non

تم تقديم الظرف الحفلي :

Maternité \* ☐ أمومة \* Date de grossesse : .....

تاريخ الحمل :

Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* Date prévue d'accouchement : .....

التاريخ المرتقب للولادة :

Accident \* ☐ حادث \* Date d'hospitalisation : .....

تاريخ الاستشفاء :

Causes : .....

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à CASABLANCA  
le 10/12/2020  
Signature de l'assuré(e)

أصريح بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.  
Fait à CASABLANCA  
le 10/12/2020  
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

وصف الكيمياء المنجرات

[illegible]

CIM - 10

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيز أو الطبيب Signature et cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
27/10/2020	1417,80	<p>Pharmacie TAMM</p> <p>300, Bd Bannart Jaafar</p> <p>CASA BLANCA</p> <p>Tel: 0522 90 19 99</p>
INPE: 092055433		

غذيات الإحياء، الأشعة و الحنور

[illegible]

## Actes Paramédicaux

[illegible]



En vertu de l'article 73 de la 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	PAYE	NON 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	-	06/03/2020	Virement	-	3 547,80	740,00	5,00	745,00
60971881	12/02/2020	Payé en : 23 jours		BENJALLOUN AMINA	3 547,80	740,00	5,00	745,00
1	-	26/02/2020	Virement	-	1 486,70	363,90	58,50	422,40
1	-	27/01/2020	Virement	-	1 062,30	692,30	82,00	774,30
1	-	28/10/2019	Virement	-	2 190,50	1 409,90	266,85	1 676,75
2	-	23/09/2019	Virement	-	2 052,70	834,15	126,72	960,87
1	-	03/06/2019	Virement	-	333,10	258,17	21,80	279,97



MME AMINA BENJALLOUN  
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ  
OULFA  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000060971881

Accusé de Réception

N° Réception : 60971881  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA  
Immatriculation : 93230532 / -090018027  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENJALLOUN AMINA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 12/02/2020 10:36  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141  
Valeur du dossier : 3547,80  
Nombre de pièces : 13  
Code Agent : 9MGE188

Code Etablissement :  
Etablissement :

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californie*

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surfacé oculaire

de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
(القدس كاليفورنيا)

**الدكتورة حنان مزوز**

**الخصاصة في أمراض وجراحة العيون**

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بيوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le lundi 27 janvier 2020

**Madame BENJALLOUN Amina**

1°) Une Monture pour la Vision de LOIN : verres teintés anti UV très foncés

OEIL DROIT : - 0,25 (- 1,00 à 92°)

OEIL GAUCHE : - 0,50 (- 1,25 à 81°)

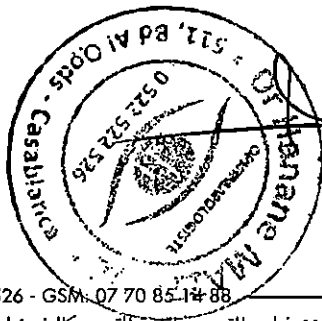
2°) Une Monture pour la Vision de PRES :

OEIL DROIT : - 0,25(- 1,00 à 92°) + add 2,50

OEIL GAUCHE : - 0,50(- 1,25 à 81°)+ + add 2,50

Verres organiques , anti reflets

Respectez le centrage SVP



**JEM OPTIQUE SARLAU**  
**OPTICIENNE OPTOMETRISTE**  
17, Rue Lahcen El Arjoun  
CASABLANCA - R.C. 113543  
Tél: 0522 522 522 - Fax: 0522 522 522

Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search , Google Maps et Google Plus

# J.E.M Optique

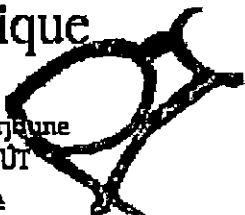
s a r l

17, rue Lachen El Arjaune

face HOPITAL 20 AOÛT

20000 CASABLANCA

tél: 022 85 00 58 fax: 022 85 01 65



le 10.02.20

Facture n° 20 0052

**BENJALLOUN Amina**

DHD94

Ordonnance MAZZOUZ EL KADIRI Hanane 27.01.20

Vision de LOIN

CNOPS

**Monture** N° TIPS: A1

**900,00**

**Verres** ORGANIQUE BLANC 65mm  
ANTI REFLET

**OD.....** N° TIPS: 407

**300,00**

VP ORMA BL  
**Sup OD** N° TIPS: 407

**165,00**

**OG.....** N° TIPS: 407

**300,00**

VP ORMA BL  
**Sup OG** N° TIPS: 407

**165,00**

R.C. Casablanca 113543

Patente n° 36343701

n° I.F. 1087628

BC023

IWA

IWA

total

**1 830,00**

total T.T.C.

**1 830,00**

J.E.M OPTIQUE SARL AU  
OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
17 - Rue Lachen El Arjaune  
CASABLANCA - R.C. 113543  
tél: 0522 85 00 58 fax: 0522 85 01 65

J.E.M OPTIQUE SARL AU  
OPTICIENNE OPTOMETRISTE  
17 - Rue Lachen El Arjaune  
CASABLANCA - R.C. 113543  
tél: 0522 85 00 58 fax: 0522 85 01 65

**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

*Al Qods Californic*

**Dr Hanane MAZZOUZ**

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



**مركز طب وجراحة العيون**  
**إندرج كاليفورنيا**

**الدكتورة حنان مزوز**

**المختصة في أمراض وجراحة العيون**

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بيوردو  
العدسات الصلبة والليننة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض جراحة العيون

le lundi 27 janvier 2020

**Madame BENJALLOUN Amina**

178.50 x 6

- Monoprost, latanoprost 0,005% 6 flacons

1 goutte le soir 20h 30 dans les 2 yeux

A la meme heure

86,10 x 4

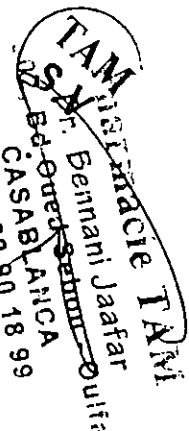
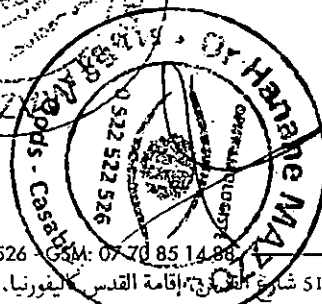
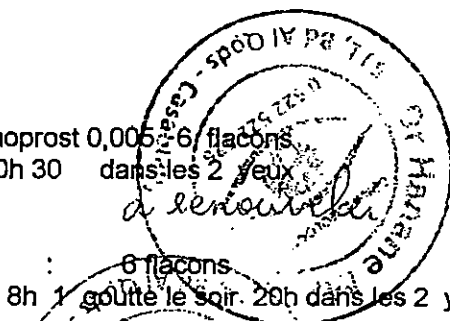
- TIMABAK 0,50 : 6 flacons

1 goutte le matin 8h 1 goutte le soir 20h dans les 2 yeux

A renouveler

A la meme heure

T: 1417.80



Tél : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس إقامة القدس كاليفورنيا. الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californic, 2<sup>e</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmomazzouz@gmail.com - ICE 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

Visite virtuelle du centre sur Google Search, Google Maps et Google Plus



Date de première ouverture /  
تاريخ أول استعمال

TIMABAK 0,50 %  
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eloual,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

Date de première ouverture /  
تاريخ أول استعمال

TIMABAK 0,50 %  
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eloual,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

Date de première ouverture /  
تاريخ أول استعمال

TIMABAK 0,50 %  
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eloual,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

Date de première ouverture /  
تاريخ أول استعمال

TIMABAK 0,50 %  
Collyre 5 ml - PPV : 86,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Eloual,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Amine DAOUDI

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

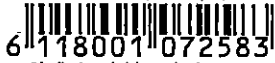
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

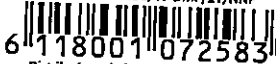
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

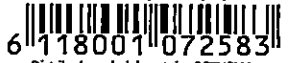
AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml  
collyre en solution en récipient unidose  
PPV : 178,90 DH

AMM Maroc N° 496/17 DMP/21/NNP



Distribué par le laboratoire SOTHEMA,  
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc