

# 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

- Reclamation : 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Declaration de Maladie

N° W21-615848

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e) : 10817

Matricule : 10817 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : DRIOLICHE Abdel Nohou

Date de naissance : 15/07/74

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2100,00 DH

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL RAJAA Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ E

Nature de la maladie : Complément CNORS

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 médecin conseil de la Mutuelle.

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

Fait à : Casablanca Le : 01/03/21

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-615848

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 : 10817

Nom de l'adhérent(e) : DRIOLICHE

Total des frais engagés : 2100,00

Date de dépôt : 01/03/2021

## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 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 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 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 المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf. ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL BOULHA Rajaa  
N° Affiliation : 353484  
N° Immatriculation : 4321844213  
N° CIN : BL3005  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \* : Conjoint (زوج / Enfant / ابن)  
Adresse : 16-48, Bd. Hassan II, 20100, Casablanca  
Montant des frais (Dhs) : 210000 Dhs  
Nombre de pièces jointes : 03

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : EL BOULHA Rajaa  
Nom et prénom : EL BOULHA Rajaa  
Date de naissance : 05/12/1981  
N° CIN : BL3005  
Sexe \* : M (ذكر / F / أنثى)  
المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي والشخصي : EL BOULHA Rajaa  
تاريخ الإزدياد : 05/12/1981  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : BL3005  
الجنس \* : M

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 290004474  
Type de soins : DDI (troubles de l'Ann)  
Maladie \* : مرض  
Maternité \* : أمومة  
Hospitalisation \* : استشفاء  
Accident \* : حادث  
Pli confidentiel remis \* : Oui (Non)  
Date de grossesse : .....  
Date prévue d'accouchement : .....  
Date d'hospitalisation : .....  
Date d'accident : .....  
Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant  
Fait à : Casablanca  
le : 22 Jan 2021  
في : .....  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e) : Rajaa  
أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : Casablanca  
le : 14/02/2020  
في : .....  
توقيع وطابع الطبيب المعالج  
Cachet et Signature du médecin traitant ou du dentiste  
Dr. Maxime Facchini  
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale  
Hôpital 20 Août 1953  
Casablanca  
\* أنشطت الخانة  
يتم منع كذا بيع هذا المطبق

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

ARRIVÉE ACCUEIL  
22 JAN. 2021  
O.M.F.A.M.

Identification de l'agent : .....

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





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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	19/02/2021	Virement	-	2 100,00	360,00	90,00	450,00
2	-	25/12/2020	Virement	-	1 642,60	240,00	60,00	300,00
1	-	12/11/2020	Virement	-	2 057,70	827,93	136,97	964,90



IBN ROCHD ابن رشد  
Casablanca الدار البيضاء

CHU

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى 20 غشت 1953  
Hôpital du 20 Août 1953

المملكة المغربية  
وزارة الصحة



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 16/12/2023

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR  
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale  
Hôpital 20 Août 1953  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Rue El Bouchti Ajaïe

DDI de l'ATN gauche.

⇒ 5 séances de kiné faciale  
et fonctionnelle

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR  
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale  
Hôpital 20 Août 1953  
CHU Ibn Rochd - Casablanca



المركز الاستشفائي الجامعي ابن رشد  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
مستشفى 20 غشت 1953  
Hôpital du 20 Août 1953

المملكة المغربية  
وزارة الصحة



Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé

Hôpital sans Tabac  
Fumer tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

Casablanca, le : 16.12.2020

## ORDONNANCE

Docteur : .....

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR  
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale  
Hopital 20 Août 1953  
CHUIBN - Rochd - Casablanca

## FACTURE

Mme EL BOUITI Rajao.

- consultation spécialisée en Stomatologie
- Frais: 300,00 DHS

Dr MAHADI AZARACK ANNOUR  
Stomatologie Chirurgie Maxillo-Faciale  
Hopital 20 Août 1953  
CHUIBN - Rochd - Casablanca

**SOUNDOUS LAHLOU**

**KINÉSITHÉRAPEUTE – PHYSIOTHÉRAPEUTE**

**سندس لحو**  
مروضة طبية و معالجة فيزيائية

Diplômée de la Haute École Libre de Bruxelles - Ilya Prigogine

Diplômée de L'Université Paris V - René Descartes

Rééducation Fonctionnelle et Réhabilitation

Rééducation Oro-Maxillo-Faciale

Rééducation Uro-Gynécologique et Ano-Rectale

Drainage Lymphatique

Membre du Cercle d'Etudes et de Recherches en

Rééducation Oro-Maxillo-Faciale (CERROF)

Membre de l'Association Réseau Rééducation Périnéale et

Groupe de Recherche en Kinésithérapie Périnéale de France



خريجة المدرس: العليا الحرة ببروكسل - إيليا بريغوجين

خريجة جامعة باريس V - رينيه ديكارت

الترويض و التأهيل الوظيفي

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه

ترويض المسالك البولية التناسلية و المخرج

التصريف اللمفاوي

عضو في دائرة الدراسات والأبحاث في

ترويض اللسان، الحنجرة و مفاصل الوجه (CERROF)

عضو في جمعية الشبكة و مجموعة البحث لترويض

المسالك البولية التناسلية و المخرج بفرنسا

Casablanca, le mardi 19 janvier 2021

## Facture

Je soussignée Madame Soundous LAHLOU, atteste avoir reçu pour honoraires la somme de 1800 dhs (mille huit cent dirhams) de la part de Madame EL BOUIHI Rajae au terme de 6 séances de rééducation maxillo-faciale et fonctionnelle.

Dates des séances :

14/12/2020

04/01/2020

17/12/2020

21/12/2020

24/12/2020

28/12/2020

**Signature**

Soundous LAHLOU  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
33, Rue Abou El Hassan Saghir  
Casablanca - Tél : 06 62 55 59 82

**LA MAISON DE LA RÉÉDUCATION**

33 RUE ABOU EL HASSAN SAGHIR (RdC) – 20100 – MAARIF EXTENSION – CASABLANCA

TÉLÉPHONE : 05 22 25 56 55 / 06 62 55 59 82 – E-MAIL : LMDLR33@GMAIL.COM