

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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.

## Prothèse :

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

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.

**RAS** : 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



**Complément**  
**Déclaration de Maladie**  
N° M21- 0037371

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8163

Société : RAM (62975)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661976344

Total des frais engagés : 2950,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

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 : CINQ

Le : 06/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :





N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له(لها)

une feuille de soins par personne et  
ement.

le de soins doit être accompagnée de  
es pièces justificatives originales  
ances médicales, factures, résultats  
iens de radiologie et/ou de laboratoire).

et prénom de la personne soignée  
t portés par les praticiens eux mêmes  
ue feuille de soins.

spectus et les PPM concernant les  
nents achetés doivent être joints aux  
nes transmises.

lle de soins ainsi que les pièces  
tives doivent être présentées à votre  
e dans les deux mois qui suivent le  
acte médical, sauf s'il y a traitement  
continu. Dans ce dernier cas, le dossier  
présenté dans les soixante (60) jours  
ant la fin du traitement.

boursement des frais engagés sera  
sur la base de la tarification nationale  
ence.

ues liés aux accidents du travail et  
professionnelles ne sont pas couverts.

rsonne coupable de fraude ou de fausse  
ion pour obtenir des prestations qui  
pas dues, est passible des sanctions  
et réglementaires.

ition de remboursement prise par la  
est subordonnée au respect des  
s réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات<sup>\*</sup> بالنسبة لكل مرض وكل  
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 بالأنواع  
الم المشتركة وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية 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 كانب للإسقادة  
من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر  
القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

التأمين الاجباري عن المرض  
Assurance Maladie ObligatoireRéf ANAM 1.1.01.01  
مع رقم

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ELYATIME HOUADA  
N° Affiliation : 343334  
N° Immatriculation : 432824379  
N° CIN : BH317481

نام العائلي والشخصي : .....  
نام الإنخراط : .....  
نام التسجيل : .....  
قم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
 العلاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresss : 56, HAY DEDAGHOUCHA 215  
.....

Montant des frais (Dhs) : .....  
..... 2950,00

Nombre de pièces jointes : .....  
..... 02

## Déclaration du médecin traitant

## Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ELYATIME HOUADA  
Date de naissance : 20 09 1977

N° CIN : BH317481

Sexe\* : M ذكر F أنثى

## Identification du médecin traitant

N° INP : 091164939

## Type de soins

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité *	أمومة*	Date de grossesse :			تاريخ الحمل :
Hospitalisation*	استشفاء*	Date prévue d'accouchement :			التاريخ المرتفق للولادة :
Accident *	حادث*	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 : ..... حرب -

le :

نحوه المؤمن له(لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرب -

le :

نحوه الطبيب المعالج أو المؤسسة المعنية

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

CIM-10

حد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

#### **Décription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

التاريخ d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

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

REJET 1

PAYE

EN COURS DE PAIEMENT 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	-	05/03/2021	Virement	-	450,00	64,00	16,00	80,00
1	-	19/02/2021	Virement	-	1 055,80	698,06	287,74	985,80
1	-	08/02/2021	Virement	-	2 950,00	1 320,00	30,00	1 350,00
65428814	06/01/2021	Payé en : 33 jours		ELYATIME HOUDA	2 950,00	1 320,00	30,00	1 350,00

## OPTIQUE GHITA

Opticien Spécialiste

Bd Youssef Ben Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammedi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



## نظارات غيطة

اختصاصي في النظارات البصرية  
شارع يوسف بن تاشفين حكم 1

رقم 454 - الحسي الحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتننا: 32825428

## OPTIQUE GHITA

Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 454 - Casablanca

Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85

Ordonnance de M.le Docteur El Aitayane El Attaouia, J.T.

N° DE nomenclature
--------------------

Correspondant à la prescription

LOIN	O.D: +1,75 (-0,25 à 3,50) O.G: -2,25 (-0,25 à 1,00)	PRES	O.D: Add: +1,50 O.G: Add: +1,50
------	--	------	------------------------------------

## FOURNITURE

1 Monture: Optique

500,-

2 Verres: Elglasses  
+logalldips

220,-

Etuis  
OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 454 - Casablanca  
Tél: 05 22 60 34 39 - GSM: 06 69 00 97 85  
Total: 270,-

270,-

Arrêtée la présente facture à la somme de  
Casablanca, le 23-12-2021

deux mille sept  
cents DH

M. ou Mme : El Aitayane El Attaouia

OPHTALMOLOGISTE  
DIPLOME DE LA FACULTE DE MEDECINE  
DE PARIS  
MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX  
LASER ANGIOGRAPHIE



خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca, le : 15 DEC 2020

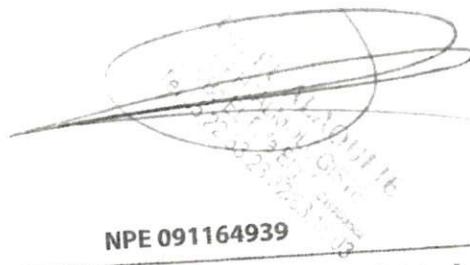
D - El Yassini Mouda

Lev Comedex - Drog 7181/5  
Lev Comedex - Drog 7181/5  
Lev Comedex - Drog 7181/5  
Lev Comedex - Drog 7181/5

Le Lev Comedex (-0.25 à -3.0)  
Le Lev Comedex (-0.25 à -1.0)

D - F 15 - 16/4 - 2020

OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1 Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 0522 83 18 03 - GSM: 0522 83 18 03



NPE 091164939

315 شارع الفداء مقابل قسارة المتجرة الطابق الأول - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 83 18 03 / 0522 83 23 32  
315, Bd. AL Fida (en face kissariat AL MANJRA) 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél. : 0522 83 23 32 / 0522 83 18 03