

# 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.

## Educations :

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.

## Prothésaire :

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.

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



**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 : CHARIT ABDELGHANI  
Date de naissance : 06/01/2018  
Adresse : c/o Casa  
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 : CASA Le : 06/01/2018  
Signature de l'adhérent(e) : 



me feuille de soins par pers one 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  
être portés par les praticiens eux mêmes  
ue feuille de soins.

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

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

tion de remboursement prise par la  
est subordonnée au respect des  
as 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى  
التعاضدية التي تنتمون إليها في  
طرف 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 التعريف  
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض  
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة  
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.

CNOPS

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL YATIME HOUDA

N° Affiliation : 343334

N° Immatriculation : 4321824379

N° CIN : BH317481

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 56, Hay Deraoudia B18

Montant des frais (Dhs) : 2950,00

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL YATIME HOUDA

Date de naissance : 20 09 1997

N° CIN : BH317481

Sexe : M أنثى F ذكر

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

091164939

Type de soins

الرقم الوطني الإستدالي للممارس :

نوع العلاجات

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Date prévue d'accouchement :

Accident \*

حادثة \*

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 : حرر بـ

le : في

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرر بـ

le : في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :







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 Bno Tachfine Hakam 1  
N°454 - EL Hay Mohammadi - Casa

Tél : 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

Patente : 32825428



## نظارات غيثة

اختصاصي في النظارات البصرية  
شارع يوسف ابن تاشفين حكم 1  
رقم 454 - الحي الحمدي

الهاتف: 06 69 00 97 85

05 22 60 34 39

الباتنتا: 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 ALAMI EL AUCUSS, J.E

N° DE nomenclature .....	
Correspondant à la prescription .....	
LOIN	<p>O.D.: <u>-1.75 (-0.25 x 30°)</u></p> <p>O.G.: <u>-2.25 (-0.25 x 10°)</u></p>
PRES	<p>O.D.: <u>Add. +1.50</u></p> <p>O.G.: <u>Add. +1.50</u></p>

## FOURNITURE

1 Monture: Optique

500,-

2 Verres: Organique

2200,-

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

2700,-

Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille sept  
Casablanca, le 23-12-2020 cents 00  
M. ou Mme: EL YATIME Houda

OPHTHALMOLOGISTE  
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

Dr. EL YATIM

Veru Comedus

30' 100 - 1.21 (pour 30)

30' 200 (- pour 10)

10' 100 - 1.50

OPTIQUE GHITA  
Opticien Optométriste  
Hakam 1, Bd. Ibn Tachfine  
N° 452 - Casablanca  
Tél: 05 22 80 3 39 GSM: 06 61 90 00 00

NPE 091164939

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