

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## **Informations 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.

## **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**

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° P19- 0045301

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 1480 Société : R.A.M (65270)

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : ELMOUNSI RACHID

Date de naissance : 26-06-49

Adresse : cité ATTA DAMANE Rue 2 N° 6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0663875263 Total des frais engagés : 519482 MUPRAS

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Complément  
CHOPS



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN ANITA Age : 64

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 : 29/03/2004

Signature de l'adhérent(e) :

## Instructions à suivre

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.

### Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

## تقديم ورقة العلاجات بالمعنى

تقديم ورقة العلاجات 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 بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الملاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.



## 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 :

خاص بالمؤمن له (ها)

N° Bordereau :

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENJALOUN Amina

153844

939230532

A78767

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : Cité Tadame, rue 2, n° 6 Azhari  
El Oulfa - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 5191,00

Nombre de pièces jointes : 09

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : BENJALOUN Amina

02/3/1976

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* : M A T ذكر F امرأة X

### Identification du médecin traitant

N° INP : 090000042

Type de soins : 025520

تم تقديم الظرف المغلق \* : Oui Non

تاريخ الحمل : \_\_\_\_\_

التاريخ المرتفق للولادة : \_\_\_\_\_

تاريخ الاستشفاء : \_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

تاريخ الحادث : \_\_\_\_\_

أسباب الحادث : \_\_\_\_\_

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : CASABLANCA حربى : 30/10/20 le : 30/10/2020 في : توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e) : Beny

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حربى : 30/10/2020 في : توقيع الطبيب المعالج أو المختص المسئولة

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* اشطب الخانة

### **description des actes effectués**

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

كتاب الأحكام والصلوة

CIM - 10

**جدول الوصفات التي تم تفريغها و التجهيزات الطبية الممومة**

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	النمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
30/12/2020	519,60	<b>Pharmacie TAM</b> Dr. Bannan Jaafar 302, Bd Oued Sebou - Oulfa CASABLANCA Tél: 0522 99 18 99
	INP : INPE: 002055433	
	INP :	
	INP :	
	INP :	

INP : | | | | | | | |

INP : | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطبعة المساعدة لـ

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

INP : | | | | | | |

Royaume du Maroc



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

000065775291

Accusé de Réception

N° Reception : 65775291  
(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 : 27/01/2021 10:05

Lieu de réception : CASA SIEGE 90141

Valeur du dossier : 512,00

Nombre de pièces : 9

Code Agent : 9MGE188

Code Etablissement : /

Etablissement : /



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 1	EN COURS DE TRAITEMENT 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1	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	-	04/03/2021	Virement	-	512,00	207,50	0,00	207,50
65775291	27/01/2021	Payé en : 36 jours		BENJALLOUN AMINA	512,00	207,50	0,00	207,50
2	-	17/02/2021	Virement	-	1 191,40	717,31	24,23	741,54
1	-	01/02/2021	Virement	-	3 594,50	1 157,01	115,89	1 272,90
1	-	03/11/2020	Virement	-	1 339,20	681,78	122,56	804,34
1	-	19/10/2020	Virement	-	253,00	152,69	23,27	175,96
1	-	14/10/2020	Virement	-	488,80	232,70	0,00	232,70
2	-	23/09/2020	Virement	-	8 044,70	2 542,85	146,33	2 689,18
1	-	17/08/2020	Virement	-	2 069,80	340,00	5,00	345,00

# ORDONNANCE

Dr. ZAIM KENZA  
Service de Médecine Interne  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

Cane le 30/12/20

Nom / Prénom : Benjalloun Amine

1) AZ 500 <sup>6000 x 2</sup> (TAM SV)

2) Verzol 400 <sup>3010 x 3</sup> 1cp 1j x 6 pB

3) Imodiem <sup>3050</sup> 1cp 1j <sup>x 3</sup> pB (TAM SV)

4) IBS <sup>2740</sup> 1gel <sup>x 3</sup> 1j (TAM SV)

5) spasfm <sup>2750</sup> 1cp 1j (TAM SV)

6) DCP <sup>2710</sup> 2cp <sup>x 2</sup> (TAM SV)

Pharmacie TAM  
Dr. Bernard Jaafar  
102, Bd Oued Sebou - Oulfa  
CASABLANCA  
Tél: 0522 07 18 99

Dr. ZAIM KENZA  
Service de Médecine Interne  
CHU Ibn Rochd - Casablanca



1 comprimé

VERZOL® 400 mg

LOT : 20059 PER : 04/2023  
PPV : 20,00 DH



1 comprimé

VERZOL® 400 mg

LOT : 20068 PER : 05/2023  
PPV : 20,00 DH



1 comprimé

VERZOL® 400 mg

LOT : 20059 PER : 04/2023  
PPV : 20,00 DH



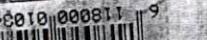
Spasfon®  
30 comprimés enrobés



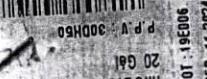
ZAHIRE II, Lot n°4, Sidi Maarrowi - Casablanca-Moroc  
Distributeur : Botanic Pharma S.A.R.L., Lotissement



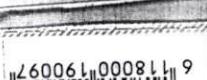
PPV : 27,40 DH



PPV : 27,40 DH



PPV : 27,40 DH



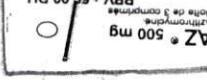
PPV : 27,40 DH



PPV : 27,40 DH



PPV : 27,40 DH



PPV : 27,40 DH