

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Pathologie 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

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 : 1180 Société : L.A.M. (65270)

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID

Date de naissance : 26-06-49

Adresse : Cité ATTADAMANE Rue 2 N°6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 519,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
C.N.O.P.S.

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Amina 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 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :



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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساو القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent .....

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



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 153844 رقم الانخراط

N° Immatriculation : 938230532 رقم التسجيل

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له\*

Conjoint ☒ زوج Enfant ☒ ابن

Adresse : Cité Tadamone, rue 2, n° 6 Azhari العنوان

EP oulfa - CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 519,00 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 09 عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 04/13/56 تاريخ الأزيداد

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : ☒ أنثى ☐ ذكر الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 090005042 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : 02.5520.157 نوع العلاجات

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 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 : 30/11/2020 في

توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré(e)

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

Fait à : Casablanca

le : 30/11/2020 في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا المطبوع





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° Réception : 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

Care, le 30/12/20

Nom / Prénom :

Benjelloun Amine

60100 x 2

1) A2 500

TAM  
SV

30100 x 3 1 cp 1j x 6 j

2) Verzal 400

TAM  
SV

3050 1 cp 1j x 3 j

3) Intradem

TAM  
SV

274100 1 gel x 3 j

4) IBS

TAM  
SV

27150 1 cp 1j

5) Spasfm

TAM  
SV

51210 2 cp x 2 j

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

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





6 118000 330226

Spaston®  
30 comprimés enrobés



Distributeur: Botanic Pharma S.A.R.L. Lotissement  
ZAHRE II, Lot n°4, Sidi Maarouf, Casablanca-Maroc

PPG: 274 DH



IMODIUM 2MG GELULE  
20 Gél.  
P.P.V.: 300 DH  
Lot: 19C005  
PER: 11/2024



6 118000 190097

AZ 500 mg  
Asthmolytique  
Boîte de 3 comprimés  
PPV: 60,00 DH



6 118000 190097

AZ 500 mg  
Asthmolytique  
Boîte de 3 comprimés  
PPV: 60,00 DH



6 118000 280347

VERZOL 400 mg  
1 comprimé

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



6 118000 280347

VERZOL 400 mg  
1 comprimé

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



6 118000 280347

VERZOL 400 mg  
1 comprimé