

# 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.

## 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.

## Prothèse :

En cas de prothèses ou de traitement canaux, 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 canaux.

## 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° M20- 0008512

72393

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10093 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TENZARI YOUNES

Date de naissance : 07-11-20

Adresse :

Tél. : 0661512753 Total des frais engagés : 1900, - 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 le praticien 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 la CNOPS 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 واثنتيها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإنباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

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.

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

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

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

AIT LAMINE SOHAINA

N° Affiliation :

4218112

N° Immatriculation :

581196 R458

N° CIN :

EE285839

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse :

NR48 DES ZAHARAT ENNAKIL  
NORD

Montant des frais :

1.900,000 DHS

Nombre de pièces jointes :

4

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

SOHAINA AIT ZAHARAT ENNAKIL

Nom et prénom :

SOHAINA AIT ZAHARAT ENNAKIL

Date de naissance :

EE285839

N° CIN :

EE285839

Sexe\* :

M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP

111111111

Type de soins

CLINIQUE AL OUMMOUJA

Maladie\* ☐

PP confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐

Maternité\* ☐

Date de grossesse :

Hospitalisation\* ☐

Date prévue d'accouchement :

Accident\* ☐

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à :

le :

Signature de l'assuré(e)

توقيع المؤمن له (لها)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véridiques.

Fait à :

le :

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

Professeur de gynécologie

INPE: 071170377

951-06-63-73-10-70





مركز العومة



CLINIQUE AL OUMOUMA

Reçu de Caisse

01944

M. Ait lachine Soukain

Montant Régulé : 4.000,00

Autre : .....

en règlement des frais de son hospitalisation

Facture N° .....

Date : 05/05/2010

Signature & Cachet :

D. Bassin

CLINIQUE AL OUMOUMA  
Rue Jawahar II, 2439 Marnakech  
Phone : 05 24 34 53 53  
Fax : 05 24 34 53 53

CLINIQUE AL OUMOUMA

MERE & ENFANT

Clinique spécialisée dans les maladies de la mère et de l'enfant

Accouchements

Chirurgie gynécologique et Coeliochirurgie

Chirurgie du sein

Assistance médicale à la procréation

Maladies et chirurgie infantile



مصلحة الأمومة

الأم والطفل

مصلحة مختصة بأمراض الأم والطفل

الولادة

جراحة أمراض النساء

جراحة الثدي

المساعدة الطبية على الإنجاب

أمراض وجراحة الأطفال، الرضع والخدج

Marrakech, le

28/10/20

Youssef Ait Lahcene Ben Kaining

Ree Sincation perineale

(10 se'au Ce)

post partum

CLINIQUE AL OUMOUMA  
Pr BASSIR Ahlam  
Professeur de Gynecologie Obstetrique  
INPE : 071170377



Cabinet de Kinésithérapie et Physiothérapie **BENYAICH**

**BENYAICH Soufia**

Kinésithérapeute - Physiothérapeute



Marrakech le : 30/11/2020

**Facture n°60/20 :**

Mme BENYAICH SOUFIA, kinésithérapeute et physiothérapeute à l'honneur de présenter  
à Mr AIT LAHCINE SOUKAINA .

Sa facture pour Dix (10) de rééducation fonctionnelle.

Au prix de 150 Dhs par séance, soit  $150 \times 10 = 1500,00$  Dirhams.

(Arrêté la présente facture à la somme Mille Cinq Cent Dirhams).

**BENYAICH SOUFIA**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
113, Bd. Abdelkrim Khattabi, Résidence  
Al Mohandiz N° 9 D, 3ème Etage, Guéliz  
Marrakech - Tél : 05 24 432 338

**ICE :001556472000021**



Marrakech le:30/11/2020

Relevé de séances :

Mme BENYAICH SOUFIA, Kinésithérapeute et physiothérapeute a l'honneur de présenter à

Mme AIT LAHCINE SOUKAINA son relevé de séances :

| Nombre de séances | Date de séances | Paiement |
|-------------------|-----------------|----------|
| 1                 | 04/11/2020      | 150dh    |
| 2                 | 09/11/2020      | 150dh    |
| 3                 | 11/11/2020      | 150dh    |
| 4                 | 13/11/2020      | 150dh    |
| 5                 | 16/11/2020      | 150dh    |
| 6                 | 20/11/2020      | 150dh    |
| 7                 | 23/11/2020      | 150dh    |
| 8                 | 25/11/2020      | 150dh    |
| 9                 | 27/11/2020      | 150dh    |
| 10                | 30/11/2020      | 150dh    |

**BENYAICH SOUFIA**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
113, Bd. Abdelkrim Khattabi, Résidence  
Al Mohandiz N° 9 D, 3ème Etage, Guéliz  
Marrakech - Tel : 05 24 432 338