

# 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.

## Maladie :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

## 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- 0021827

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : R.A.M. 26571  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☒ Autre :  
Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID  
Date de naissance : 26-06-49  
Adresse : Cité ATTADAMOUNE RUE 2 N°6 - ELOULFA  
CASABLANCA  
Tél. : 06 63 87 50 63 Total des frais engagés : 4578,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT  
CNOPS

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : BENSALLOUN AMINA Age : 65  
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 : 21 / 06 / 2021  
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

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 (لها)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 153844 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 932 230532 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 Sadamane, rue n° 6 Azhari العنوان :

Eloulfa, CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 4578,50 centimes مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 15 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 : 01/13/56 تاريخ الميلاد :

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : \* ☒ أنثى ☐ ذكر ☐ M ☐ F الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : INPEO 1266421 الرقم الوطني الاستدلائي للممارس :

Type de soins : 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 : 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 حرر بـ : .....

le : 20/15/2021 في : .....

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

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

Fait à : CASABLANCA حرر بـ : .....

le : 20/15/2021 في : .....

توقيع و طابع 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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كل بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

INP :

## Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
20/05/2021		AU 408		600,00
		AU 408		600,00
				2 600,00
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]				

توقيع وطابع المساعد الطبي  
Signature et Cachet du Paramédical

**OPTI VERDUN**  
 Opticiens Optométristes  
 Rue Abdelouahab El Guamdi n° 3  
 Verdun - Casablanca  
 Tel./Fax: 05 22 27 33 18 • GSM: 06 67 30 34 49



**CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX**

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

**Ophthalmologiste**

Diplômée de chirurgie de la cataracte,

chirurgie réfractive et Lasers de

l'université Victor Segalen de Bordeaux

Diplôme de surface oculaire

de l'université François Rabelais, Tours

Chirurgie des voies lacrymales

Adaptation des lentilles de contact souples et rigides

Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون

القنصلية اللبنانية

الدكتورة حنان مزوز

الخصائية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجازة الدمع

le jeudi 15 avril 2021



-CT 010086-

NAME

*Dr Benjalloun Hana*

Madame BENJALLOUN

15\_APR\_2021 PM 08:01

NO.0086

SN:2860054

TONO. DATA -

	mmHg	AVG.
R 16M		16
L (17)M		(17)

Pharmacie TAM

Dr. Bennani Jaafar

301, Bd Oud Sebou, Oud

CASABLANCA

Tel: 522 522 522

- Monoprost, latanoprost 0,005 : 6 flacons  
1 goutte le soir 20h 30 dans les 2 yeux  
A la meme heure

- TIMABAK 0,50 : 6 flacons  
1 goutte le matin 8h 1 goutte le soir 20h dans les 2 yeux  
A renouveler  
A la meme heure

- ZALERG : collyre  
1 goutte 4 fois par jour pendant 1 mois

- EOLE dual : collyre 1 goutte 4 fois par jour  
au niveau des 2 yeux 1 mois

Tel : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>e</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophthalmozou@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421

CENTRE DES MALADIES  
ET CHIRURGIE DES YEUX

Al Qods Californie

Dr Hanane MAZZOUZ

Ophthalmologiste

Diplômée de chirurgie de la cataracte,  
chirurgie réfractive et Lasers de  
l'université Victor Segalen de Bordeaux  
Diplôme de surface oculaire  
de l'université François Rabelais, Tours  
Chirurgie des voies lacrymales  
Adaptation des lentilles de contact souples et rigides  
Membre de la société française d'ophtalmologie



مركز طب وجراحة العيون  
(القدس كالفورنيا)

الدكتورة حنان مزوز

المختصة في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر

وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو

العدسات الصلبة واللينية

جراحة مجاري الدمع

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le jeudi 15 avril 2021

Madame BENJALLOUN Amina

PHOTOCHROMIQUES

1°) Une Monture pour la Vision de LOIN : verres teintés anti UV très foncés  
OEIL DROIT : - 0,25 (- 1,00 à 92°)  
OEIL GAUCHE : - 0,50 (- 1,25 à 81°)

2°) Une Monture pour la Vision de PRES :  
OEIL DROIT : - 0,25(- 1,00 à 92°) + add 2,50  
OEIL GAUCHE : - 0,50(- 1,25 à 81°)+ + add 2,50

Verres organiques , anti reflets  
Respectez le centrage SVP

OPTI VERDUN  
Opticienne Optométriste  
Avenue Ahmed Ouassif  
Bordeaux Verdun  
Tel/Fax: 05 22 27 33 18 - GSM: 06 87 80 34 88



Tel : 0 522 522 526 - GSM: 07 70 85 14 88

511 شارع القدس، إقامة القدس كاليفورنيا، الطابق الثاني - الدار البيضاء

511, Bd Al Qods, Résidence Al Qods Californie, 2<sup>ème</sup> étage - Casablanca

E-mail: ophtalmomazzouz@gmail.com - ICE: 001649317000074 - CNSS: 5874476 - INPE: 091166421



MME AMINA BENJALLOUN  
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ  
DULFA  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TR

000067837829

Accusé de Réception

N° Réception : 67837829  
(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 : 21/05/2021 9:37  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138  
Valeur du dossier : 4578,50  
Nombre de pièces : 15  
Code Agent : 9MGE156

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

PAYE

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	-	15/05/2021	Virement	-	4 578,50	2 291,40	13,20	2 304,60
67837829	21/05/2021	Payé en : 25 jours		BENJALLOUN AMINA	4 578,50	2 291,40	13,20	2 304,60
1	-	18/05/2021	Virement	-	6 361,00	3 481,11	455,25	3 936,36
2	-	17/03/2021	Virement	-	4 815,00	1 476,89	293,77	1 770,66
1	-	04/03/2021	Virement	-	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	1 157,04	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