

# 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.

## Educational :

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



## Complément Déclaration de Maladie

N° P19- 054449

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2648 Société : Royal air maroc  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : SABIRI BOUAZZA  
Date de naissance : 10/02/1960  
Adresse : 86, Casement Abderrahim, MEDJOUNA, Casablanca  
Tél. : 0676041956 Total des frais engagés : 3300,00 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

*[Signature]*



# 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 les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

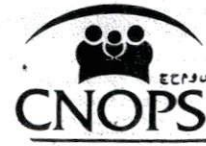
يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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.



# ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : Amina EDDARBALI الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 35510816 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 932 910810914 رقم التسجيل :

N° CIN : B1721817011 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* Conjoint ☒ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Adresse : Médouna Abderrahim IN° 86 العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 33.00 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : Deux (02) عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EDDARBALI Amina الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 01/10/1961 تاريخ الميلاد :

N° CIN : B1721817011 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP

094475488

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Admissio ALD\* : oui non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD\* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية \* Pli confidentiel remis oui non تم تقديم الطرف المغلق :

Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et certifie que les informations ci-dessus sont sincères et véritables.

Fait à : حرر بـ : Le : 15/11/2021 في : 09/11/2021

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 منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

## Description des actes effectués

## وصف العمليات المجرة

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
9/11/2021	S+FO			300,00	<b>DR. ZRYOUH</b> <b>Ophtalmologiste</b> <b>52 Bd. el Kheili Hassani</b> <b>Casablanca</b> <b>Tel: 05 22 52 38 42</b>

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/11/21	54,00	<b>Pharmacie NASR ALLAH</b> <b>Mr MAAMAR Jamal</b> <b>Docteur En Pharmacie</b> <b>43 Lot Nasr Allah 2 Mediouna</b> <b>Casablanca Tél: 05 22 33 85 09</b>
10/11/2021	3000,00	<b>FLORIDA LENS</b> <b>Opticien Optométriste Contactologue</b> <b>Bloc Koudia 106, Magasin N°73 H.M.</b> <b>Tel: 05 20 40 23 43 - Casablanca</b>

INP: 095028908

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: [ ]

INP: [ ]

INP: [ ]



**Dr. Merieme ZRYOUIL**

**Spécialiste des Maladies  
et Chirurgie des Yeux**

Chirurgie de Cataracte (Phacoémulsification)

Diabète oculaire-glaucome

ANGIOGRAPHIE - OCT - LASER

Chirurgie des Voie Lacrymales

Permis de Conduire



**الدكتورة مريم ازرويل**

**اختصاصية أمراض  
وجراحة العيون**

جراحة المياه البيضاء ( جلاله ) بالليزر

سكري العيون - ضغط العين

تصوير أوعية الشبكية و الليزر

جراحة مسالك الدموع

رخصة السياقة

Le : ..... 09 novembre 2021 ..... في

**Mme EDDARBALI Amina**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 2.25 (- 1.00 à 135°)

OG = + 5.00 (- 1.25 à 70°)

VP :

ODG = Add : + 2.75

**FLORIDA LENS**

Opticien Optometriste Contactologue

Bloc Koudia 106; Magasin N°73 H.M.

Tel: 05 20 40 23 43 - Casablanca

Dr. ZRYOUIL Merieme  
Ophtalmologue  
52, Bd. el Khalil Hay Moulay  
Abdellah - Casablanca  
Tel: 05 22 52 38 42

52, Bd El Khalil, Etage 1, Hay Moulay Abdellah Aïn Chock - Casablanca

☎ 05 22 52 38 42

✉ drzryouilmeryem@gmail.com

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/authentification)
  Situation
  Remboursements
  Prises en charge
  Immatriculation
 Menu ▾



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

PAYE

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
- 2	-	13/12/2021	Virement	-	5 574,50	3 138,00	0,00	3 138,00
70847273	15/11/2021	Payé en : 28 jours		EDDARBALI AMINA	3 300,00	1 398,00	0,00	1 398,00
70847243	15/11/2021	Payé en : 28 jours		EDDARBALI AMINA	2 274,50	1 740,00	0,00	1 740,00



*L. Loshiers.*

# FL RIDA

**FLORIDA LENS**  
Opticien Optométriste Contactologue  
Bloc Koudia 106, Magasin N°73 H.M.  
Tél : 05 20 40 23 43 - Casablanca

**FACTURE N° 00000114**

**BENEFICIAIRE**

Date :

Nom & Prénom :

Médecin :

Mutuelle :

REFRACTION	SPH	CYL	AXE	ADD	Lentilles	Prisme
OD	+2,25	-1	135°	+2,75		
OG	+5	-1,25	70°	+2,75		

LIBELLE	P.U.	Qte	P.T.
Monture: optique	1000 DA		
VERRE: progressif	2000 DA		
optique Blanc			
translucide 060			

**Mode de Paiement :**

☐ Chèque

☐ Carte

☒ Espèces

Net à payer

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Bd. Grande Ceinture, Bloc koudia -106 magasin N° 73  
Hay Mohammadi - Casablanca - Tél. : 05 20 40 23 43 - GSM : 06 60 80 49 90  
Patente : 32802269 - R.C. : 778343 - I.F. : 50263354 - ICE : 002815607000033