

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

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

La 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... 7633 ..... Société : ..... 115103 .....

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZGHAÏDA HABIB

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

126, lot AZ Moustakel - Sidi Maârouf  
Larba

Tél. : 06 66 16 36 98

Total des frais engagés : ..... 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 : ..... 00.00.

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : 13/05/2022

## 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 participants 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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعرية 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Bordereau : .....  
N° Dossier : .....  
خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : MIFTAH AZIZA  
نوع الجنس : ♂  
N° Affiliation : 410959  
N° Immatriculation : 431914490444  
N° CIN : BE1819417H

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

العنوان : 126 Letissement AL Roustakbal  
العنوان : 55 Maçanef Casablanca

مبلغ المصاري (درهم) : 1444  
عدد الوثائق المرفقة : 3  
Montant des frais (Dhs) : 1444  
Nombre de pièces jointes : 3

### Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي : MIFTAH AZIZA  
الاسم العائلي والشخصي : MIFTAH AZIZA  
Tariq al-azdiyah : 23/03/1984  
Tariq al-azdiyah : 23/03/1984  
Numéro d'immatriculation : BE1819417H  
Numéro d'immatriculation : BE1819417H  
Sexe\* : Masculin  ♂  
Sexe\* : Féminin  ♀  
جنس\* : اثنان  ♂  
جنس\* : اثنان  ♀

### Identification du médecin traitant

• N° INP : 691039918  
• الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة :

Type de soins	
Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض *
Maternité*	<input type="checkbox"/> أمومة *
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء *
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث *

Pli confidentiel remis* :	oui	non
Date de grossesse :	_____	_____
Date prévue d'accouchement :	_____	_____
Date d'hospitalisation :	_____	_____
Date d'accident :	_____	_____
Causes :	_____	_____

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : Casablanca  
Date : 16/02/2021  
In : 291

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

أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المكتوبة على  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر بـ : Casablanca  
في : 16/02/2021  
Le : 16/02/2021

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature et cachet 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

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

### جريدة الوصفات التي تتم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع العميل أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Représentant des Fournisseurs Pharmacie HEDYA TAK 19, Place Charles Nicolle Casablanca Tél.: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 41
15/12/21	220,00	INP: 0918110918130
15/12/21	1024,00	INP: 092037332
15/12/21		INP: 1111111111111111

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی المساعدین

تاریخ 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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



Ce plug-in n'est pas compatible.



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

**PAYE**

RETOUR POUR COMPLÉMENT

● 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		08/04/2022	Virement		1 444,00	340,00	30,00	370,00
1		19/01/2022	Virement		992,00	318,00	43,20	361,20
1		26/10/2021	Virement		1 839,40	888,40	30,00	918,40

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★

Royaume du Maroc

**CNOPS****Accusé de Réception**

MME MIFTAH AZIZA  
N 126 LOT EL MOUSTAKBAL  
SIDI MAAROUF  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

N° de Dossier :

72408040

Date et heure : 07/02/2022 11:33

Nom et prénom Assuré :

MIFTAH AZIZA

Immatriculation :

43349044 / 040020010

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

MIFTAH AZIZA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA AIN CHOCK

Valeur en Dirhams :

1 444,00

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0337

Nom Etablissement :

Docteur Mohammed CHAHBI

D.E.S D'OPHTHALMOLOGIE  
(Maladies et Chirurgie des yeux)  
Ancien interne de CRETEIL: ANGIO-LASER  
du C.N.O des XV-XX ophtalmolo-pédiatrie  
de la fondation Rothschild-département  
d'Oculo-plastie  
Ancien Médecin de la Banque Francaise des Y

Ancien Médecin de la Banque Française des Yeux

**PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU**  
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7  
Route 1029, Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

الدكتور محمد شهبي

- إختصاصي في أمراض و جراحة العيون
- خريج كلية باريس
- داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون
- 15-20 و بمؤسسة جراحة العيون
- روتتشيلد بباريس
- طبيب سابق بالبنك الفرنسي للعيون
- خبير تصحيح البصر باللينك

Le : 15.12.23

Eyestil PLUS



**M:** MIFTAH AZIZA

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

PPC : 148,00 Dh

④ EYESTIL Plus

A'S

1 gtt x4/j pdt 03 mois

~~148°  
1  
292° x 3  
① 30° ptm  
15°  
1024°~~

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.

ZIOPTAN™ 15µg/ml  
Collyre en récipient unidose  
Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml  
P.P.V : 292.00 DH Distribué par SOTHEMA  
B.P.N°1-27182 Bouskoura-Maroc


  
 7 640168 160210  
**ZIOPANT™ 15µg/ml**  
 Collyre en récipient unidose  
 Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml  
**P.P.V : 292.00 DH**, Distribué par SOTHEMAD  
**B.P N°27-1218 Bouskoura-Maroc**


  
 7 640168 160210  
**ZIOPTAN™ 15µg/ml**  
**Collyre en récipient unidose**  
 Boîte de 3 sachets de 10 flacons de 0,3 ml  
**P.P.V : 292.00 DH** Distribué par SOTHEMA  
**B.P.N°127182 Bouskoura-Maroc**

A renouveler

*pdft3moin*



**544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc**  
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862  
ICE N°: 00228119400046 - RC N°: 434621 - CNSS: 156390

+212 522 50 15 15  
+212 522 86 46 18  
+212 522 86 46 19  
+212 522 86 46 20

## الدكتور محمد شهبي

إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

داخلي سابق ببريطانيا و بالمركز الفرنسي للعيون  
روتشيلد باريس  
رقم مساعدة 15-20  
داخلي سابق بكندا و بالمركز الفرنسي للعيون

## Icin® 0.3%

(Ciprofloxacin)  
Solution ophtalmique stérile

bottle  
5 ml

## أيسين® Icin®

Lot: YE0076  
Fab: 05 21  
Exp: 05 23

PPV: 27DH50

12500686-05S

+212 522 50 15 15  
+212 522 86 46 18  
+212 522 86 46 19  
+212 522 86 46 20  
+212 522 86 46 21  
+212 522 86 46 22  
info@clinic-oeil.com  
www.clinic-oeil.com

+212 522 86 46 21  
info@clinic-oeil.com  
www.clinic-oeil.com

**Icin®**  
Chaque ml: 30122 038SEC C 01/01/64  
Chi (Equivalent)  
(Eq)  
Excipient  
Exc. Voie oculi  
Volte A consen  
A.C. Tenir hors (Rétention)  
Tenir hors T.F.TAH Aziza  
Jetez Un produit (AUJ)  
Uni Jamjoon  
Jam Jeddah, Saudi Arabia  
Jedi AMM N° 142 / 17DMP / 21 / NRQ

Ophthalmics  
arabe.  
arabe.  
arabe.

جمبوم فارما  
jamjoom Pharma

أيسين®  
%0.3

(سيبروفلوكساسين)  
محلول معقم للعين

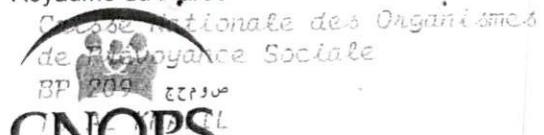
NB

Pharmacie Charles Nicolle  
HEDYATAK - TAK  
19, Place Charles Nicolle  
Casablanca  
Tél: 05 22 47 56 44 / 05 22 20 20 44  
DR. CHABBI Mohammed  
Opticalmologiste, californien,  
544, boulevard Panoramique, maroc  
Casablanca  
Tel: 05 22 65 60 / 00 05 22 50 15 15  
Fax: 05 22 86 46 21

544, Boulevard Panoramique, Casablanca, Maroc  
Patente N°: 34082698 - Identifiant Fiscal N°: 37521862  
ICE N°: 00228119400046 - RC N°: 434621 - CNSS: 1563901

Clinique de l'oeil  
CLINIQUE DE L'OEIL  
Californie

Royaume du Maroc



RABAT, le 24/10/2019

MME MIFTAH AZIZA  
SIDI MAAROUF  
N 126 LOT EL MOUSTAKBAL  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Objet: Demande d'exonération du ticket modérateur

Réf : Dossier n°: 58912624 du: 15/10/2019

Immatriculation: 43349044

L'assuré: MIFTAH AZIZA

Bénéficiaire: MIFTAH AZIZA

(01 )

Taux d'exonération:

Madame, Monsieur,

En réponse à la demande citée en référence, nous avons l'honneur de vous faire part de notre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 58912624
- Code affection: V001
- Validité de l'Accord: du 16/09/2019 au 16/09/2022

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

La validité de la présente exonération du Ticket Modérateur est subordonnée à l'ouverture du droit aux prestations.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.



**N.B.** Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOAPS