

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

## itions 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.

## macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

## ologie 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.

## que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## ducation :

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.

## taire :

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.

## ladie 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

Nº M21- 063922

Optique **115907**  Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2479** Société : **RAT**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ROCHDI M'hamed**

Date de naissance : **14-6-1955**

Adresse : **Zone Séneca Alcali 7, rue de romane CASA**

Tél. **062 1999 89 6** Total des frais engagés : **8412,30** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : .....

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 : **CASA**

Signature de l'adhérent(e) : .....

Le : **10/05/22**

**Doukkali**

Autorisation CNPD N° : A-A-215 / 2019



YE



Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
10 506,20	1 940,67	93,63	2 034,30
1 493,90	392,93	64,32	457,25
600,00	152,00	7,00	159,00
8 412,30	1 395,74	22,31	1 418,05

★★★★★

16.2  
K/s

7 % 13:36

# assure app | CNOPS

cnops.org.ma



Information

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 3

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	10 506,20	1 940,67	93,63	2 034,30
73658714	11/04/2022	BASSIR JAMILA	1 493,90	392,93	64,32	457,25
73923205	25/04/2022	BASSIR JAMILA	600,00	152,00	7,00	159,00
73923227	25/04/2022	BASSIR JAMILA	8 412,30	1 395,74	22,31	1 418,05

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger



## Instructions à suivre

ir une feuille de soins par personne et vénement.

uille de soins doit être accompagnée de s les pièces justificatives originales nances médicales, factures, résultats amens de radiologie et/ou de laboratoire).

om et prénom de la personne soignée nt être portés par les praticiens eux mêmes que feuille de soins.

prospectus et les PPM concernant les cements achetés doivent être joints aux nances transmises.

euille de soins ainsi que les pi ces cificatives doivent être présentées à votre elle dans les deux mois qui suivent le ier acte médical, sauf s'il y a traitement cal continu. Dans ce dernier cas, le dossier être présenté dans les soixante (60) jours suivent la fin du traitement.

emboursement des frais engagés sera tué sur la base de la tarification nationale férence.

isques liés aux accidents du travail et dies professionnelles ne sont pas couverts.

e personne coupable de fraude ou de fausse ration pour obtenir des prestations qui ont pas dues, est passible des sanctions es et réglementaires.

ligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des tions réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتهي 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 يوماً) 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

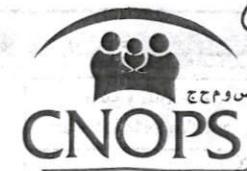
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :



GSM 0664991002

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BA 881 R JAMILA

182166

932602296

B584734

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

adresse : Angle rue de romme et rue Ab des lam

Khattabi Residence wali 2 CASA

Montant des frais (Dhs) : 8412.30

Nombre de pièces jointes : 4

## Déclaration du médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BA 881 R JAMILA

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الإزدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

الجنس\* :

## Identification du médecin traitant

N° INP

051020354

### Type de soins

Maladie \*

مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Maternité \*

أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

أستشفاء \*

Date d'accouchement :

Accident \*

حادث \*

Date d'hospitalisation :

Tarif accident :

Date d'accident :

Causes :

أسباب الحادث :

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

Fait à : CASABLANCA

le : 14/04/2024 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : CASABLANCA

le : 14/04/2024 في :

توقيع و خاتم الطبيب المعالج المذكور أعلاه

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

### **description des actes effectués**

وصف العملات المحرّاة

CIM - 10

جد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

#### **scription des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

التاريخ الت التنفيذي Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصبدي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/04/22	8000,- dhs INP : 109 5100 5021	<p><b>BLICK OPTIC s.a.r.l</b>            15, Rue Abou Omer El Harite            Tel./Fax : 05 22 85 50 49            GSM : 06 22 10 61 56 - CASA 20500</p>
Le 14/04/22	162,3 ₡ INP : 09 2016 0149 9	 <p><b>PHARMACIE LM V</b>  <b>Dr. Mohamed LAHLOU</b>            28 Bis Rue Salonique            Angle Rue de Rome - Casa            Tel : 05 22 85 43 95            Fax : 05 22 81 53 31            RC : 3122383 - IT - 15221985</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عملات المساعدين الطيبين

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					

FACTURE N° 4860

Le 16/04 2022

**BLICK OPTIC s.a.r.l.**  
19, Rue Abou Omar El Harite  
Tél./Fax 05 22 85 50 49  
I.F. 02501567 - R.C. 103235  
Patente . 34450450

Mme. BASSIR, Tamila

Ord.: Dr. Benabderazzik du: 14/04/22

Doit



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK

خريج كلية الطب بلیاچ (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

Mme BASSIR JAMILA

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Amincis

VL :

OD = + 4.25 (- 3.00 à 35°)

OG = + 3.00 (- 0.50 à 160°)

VP :

ODG = Add : + 2.50

BLICK OPTIC s.a.r.l.

19, Rue Abou Omar El Harbi

Tél./Fax : 05 22 85 50 49

C.M : 06 12 19 51 56 - CASA 20500

دكتور بنعبد الرزاق محمد علي  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPTICAL MOLY STUDIO  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>eme</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél 0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca

Casablanca , le ----- 14/04/2022

96, شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة 1، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>eme</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06.64.17.10.21  
الرسالة : 0522.86.05.57 / 58



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إخلاصي في أمراض وجراحة العيون

Docteur Mohamed Ali BENABDERAZIK

خريج كلية الطب بلیاج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE)  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège

Mme BASSIR JAMILA

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

HYLOPARIN : COLLYRE

14,10 x 3 1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois



الدكتور بنعبد الرزاق محمد علي  
إخلاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENABDERAZIK Mohamed Ali  
OPHTHALMOLOGISTE  
6, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
0522 86 05 57 / 0522 86 05 58 Casablanca



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

BLICK OPTIC s.a.r.l.  
19, Rue Abu Omar El Haref  
Tel/Fax : 05 22 85 50 49  
GSM : 06 12 19 51 56 - CASA 2550

PHARMACIE L.M.A  
Dr. Mohamed LAHLOU  
28, Bis Rue Saitoune  
Angle Rue de Ronne - Casa  
Tél. 05 22 85 43 95  
Fax: 05 22 81 33 31  
Casablanca , le 14/04/202

96 شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة أ، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58 -  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>eme</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات: 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

4.4  
JL

1.0.1.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 25/04/2022 11:20:58

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

73923227

Accusé de Réception



Date et heure : 25/04/2022 11:20

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296 / 090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90141

Valeur en Dirhams :

8 412,30

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :