

## 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.

### Radiologie 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.

### Dentaire :

- 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

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.

**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

M22- 0006457

121681

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF  
Date de naissance : 27 / 08 / 1981  
Adresse : Résidence les champs 2 ART F9  
Nassim Sidi Naarouf Casablanca  
Tél. : 0634628220 Total des frais engagés : 1520 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12 / 04 / 2022  
Nom et prénom du malade : Benhuni Farah Age : 6ans  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant  
Nature de la maladie : hyper métopie -  
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :  
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 7707 7100 9.0

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 : 06 / 07 / 2022  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 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 التعااضدية 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  
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **BENHINI Fouad**

رقم الانخراط : **364464**

رقم التسجيل : **031 914-8543**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **0553285**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : **ابن** ☒ Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐

العنوان : **Residence Le Champ 2 App 2 imm F Ennam**

مبلغ المصاريف (درهم) : **1580.00**

عدد الوثائق المرفقة : **7**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **Benhini Fouad**

تاريخ الأزداد : **06/07/2016**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **0553285**

الجنس : **أنثى** ☒ Féminin ☐ Masculin ذكر ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **0900033016**

Type de soins : **نوع العلاجات**

Admissio ALD\* : **oui** ☐ non ☐

N° dossier ALD\* : **0553285**

Code ALD : **0553285**

Soin ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية \* ☐ Pt confidentiel remis\* : **oui** ☐ non ☐

Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* ☐ Date d'hospitalisation : **06/07/2016**

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

Fait à : **casablanca** حرر بـ :

Le : **26/04/2017** في :

Signature de l'assuré (ها)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **casablanca** حرر بـ :

Le : **26/04/2017** في :

Signature de l'assuré (ها)

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : **06/07/2016** تاريخ الإيداع :

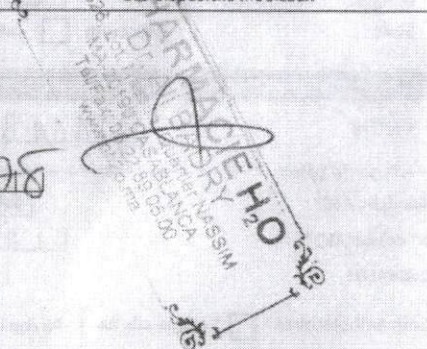


### وصف العمليات المعجزة

[illegible]

CIM - 10

جهد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

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
12/06/22	20.00	 <p>Dr. HOUDY HOUCINE N° 120811625 S.S. 02-06</p>
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والمصور

[illegible]

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

الدكتورة ميادة نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

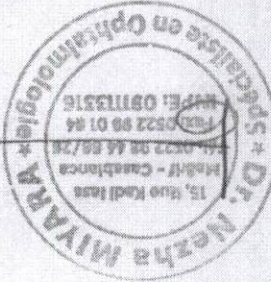
**Reçu de caisse N° : 281474976732860**

Casablanca, le .....

chaimaa

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT22031816595 8	BENHNINI Farah	12/04/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	CS+K10	500,00
Reçu établi par :	Total payé	500,00



15, Rue Kadi Iass - Maarif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84  
E-mail : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602609000093





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA      Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

### Dr. Nezha MIYARA

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

### الدكتورة ميارة نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

Casablanca, le ...12/...04/...2022...

### .....COMPTE RENDU.....

Le fond de l'œil de BENHNINI Farah a objectivé:

- une papille d'aspect normal;
- une macula normale;
- une bonne vascularisation rétinienne;
- une rétine en place.

Au total: le fond d'œil est strictement normal.







## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Dr. Nezha MIYARA**

Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie du strabisme  
Lentilles de contact

**الدكتورة ميارة نزهة**

اختصاصية في امراض العيون للأطفال  
علاج وجراحة الحول  
العدسات اللاصقة

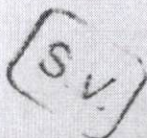
Casablanca, le .....12..avril-2022.....

.....Enf.: BENHNINI Farah

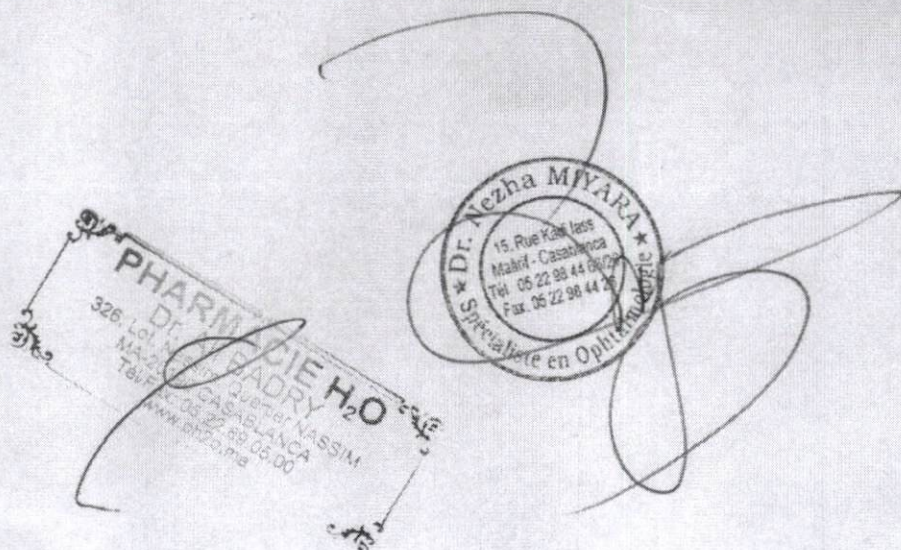


20.00

CORRECTOL



1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 10 jours



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - Tél. : 05 22 98 44 66 / 26 - Fax : 05 22 99 01 84  
E-mail : drmiyara@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602609000093





# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Docteur Nezha MIYARA**

Ophtalmologie pédiatrique

Chirurgie du strabisme

Lentilles de contact

الدكتورة ميارة نزهة

اختصاصية في أمراض العيون للأطفال

علاج وجراحة الحول - العدسات اللاصقة

12 avril 2022

Enf. BENHNINI Farah

Monture + verres correcteurs  
Organiques

OD = + 2.00 (- 1.00 à 10°)


OG = + 2.25 (- 0.75 à 160°)

DOCTEUR OPTIC SARLAL  
Opticien Optométriste  
Lot. Al Moustakbal Gh24mm.89  
Magasin N°11 Sidi Maarouf - Cas.  
ICE: 001988893000058





## Facture

	<b>Facture N° :</b>	<b>DOCTEUR OPTIC</b> LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF Tel: 0522-784115
	210	
	<b>Date :</b>	
	2022-04-16	
	<b>Client :</b>	
	BENHNINI	
	FARAH	

VS	SPH	CYL	AXE	ADD
VLD	+2.00	-1.00	10	
VLG	+2.25	-0.75	160	

N°	Désignation	Qte	PUTTC	MT
1	BOURGEOIS ORGANIQUES 1.5 AR	1	250.00	250.00
2	BOURGEOIS ORGANIQUES 1.5 AR	1	250.00	250.00
3	MONTURE OPTIC	1	500.00	500.00

TVA	20%	Total TVA	166.67
Total HT	833.33	Net à payer	1000.00

Arrêtée la presente facture à la somme :

mille Dirhams


Mode de paiement : ESPECE

DOCTEUR OPTIC - LOT ALMOSTAKBAL GH2 IMM89 MAGASIN N 11 SIDI MAAROUF - 0522-784115 -  
IF: 25038352 - ICE: 001988893000059 - RC:395147 - TP:36191845- INPE:095012456 - CNSS:5829736


DOCTEUR OPTIC SARL AL  
Opticien Optométriste  
Lot. Al Mostakbal Gh2 Imm. 89  
Magasin N°11 Sidi Maarouf - Casr  
ICE: 001988893000059




Accueil > Application > assuré app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect)

 Ma Situation

 Remboursements

 Prises en charge

 Immatriculation

Menu ▼

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

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	-	30/06/2022	Virement	-	2 694,70	1 798,00	13,20	1 811,20
74117746	09/05/2022	Payé en : 52 jours		BENHNINI FARAH	1 520,00	998,00	13,20	1 011,20
74117717	09/05/2022	Payé en : 52 jours		BENHNINI MOHAMMED	1 174,70	800,00	0,00	800,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆