

# 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 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.



## Déclaration de Maladie

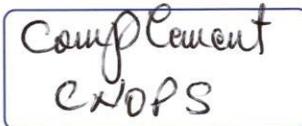
M22- 0052190

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480      Société : R.A.M.  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID.      N° 66833  
 Date de naissance : 26.06.49  
 Adresse : allé ATTADAMOUNE Rue 2 N° 6 OULFA  
 CASABLANCA  
 Tél. : 0663875063      Total des frais engagés : 1731,70 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : / /  
 Nom et prénom du malade : BENJALOU AMINA      Age : 67  
 Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC      Pathologie :  
 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 : 03 / 07 / 2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



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 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 التعريف 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 ANAM Réf

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي والشخصي :

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)\* : Conjoint  زوج / Enfant  ابن / ابنة  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*

Adresse : Cité Tadamone, rue 2, n° 6 Azhar Eloulfa - CASABLANCA العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1.431,40 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 11 pièces عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات / Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 01/13/56 تاريخ الازدياد :

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP : 091166421 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : Admissio ALD\* :  oui /  non نوع العلاجات / قبول المرض المزمن :

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

Code ALD :                      رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires\*  \*Eلاجات خارجية / Pli confidentiel remis\* :  oui /  non تم تقديم الظرف 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-avant.  
Fait à : CASABLANCA حرر بـ  
Le : 08/14/23 في :  
توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : DR. MAZZOUZ حرر بـ  
Le : 08/14/23 في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

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

\* أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع / La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier :                      تاريخ الإيداع :



\*Royaume du Maroc



Date d'édition : 08/05/2023 10:26:40

1978

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

Accusé de Réception



N° de Dossier : 80709610 Date et heure : 08/05/2023 10:26  
Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA  
Immatriculation : 93230532 / 090018027  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : BENJALLOUN AMINA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA 90171  
Valeur en Dirhams : 1 731,70 Nombre de pièces : 11  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489  
Nom 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	PAYE	NON PAYE 1	EN COURS DE PAIEMENT 2
-------------	------	------------	------------------------

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	-	27/06/2023	Virement	-	2 026,70	1 184,87	162,26	1 347,13
1	-	22/06/2023	Virement	-	1 731,70	1 358,40	5,00	1 363,40
1	-	05/04/2023	Virement	-	805,70	528,25	88,98	617,23
4	-	17/02/2023	Virement	-	4 455,10	1 090,20	161,54	1 251,74
1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00
2	-	31/10/2022	Virement	-	1 436,40	867,57	98,60	966,17
1	-	03/10/2022	Virement	-	969,70	250,02	40,58	290,60
1	-	30/07/2022	Virement	-	2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
1	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30

**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



مرکز طب وجراحة العيون  
القوس كاليفورنيا

الدكتورة حنان مزوز

اختصاصية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلالة و الليزر  
وتقديم البصر من جامعة فيكتور سكالين بوردو  
العدسات الصلبة واللينة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

le samedi 8 avril 2023

**Madame BENJALLOUN Amina**

dans les 2 yeux

178,90x6

- Monoprost, latanoprost 0,005 : 6 flacons

1 goutte le soir 21h

A la meme heure

86,10x3

- TIMABAK 0,50 : 6 flacons

1 goutte le matin 8h

1 goutte le soir 20 h

A renouveler

A la meme heure

T° 1331,70

Dr MAZZOUZ Hanane  
OPHTALMOLOGISTE  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tél : 05 22 52 25 26

Tél : 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: ophthalmomazzouz@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



**مرکز طب وجراحة العيون  
القدس كاليفورنيا**

**الدكتورة حنان مزوز**

استشارية في أمراض وجراحة العيون

دبلوم جراحة الجلابة و الليزر  
وتقويم البصر من جامعة فيكتور سكالين بيوردو  
العدسات الصلبة واللينبة  
جراحة مجاري الدمع  
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض وجراحة العيون

08-04-2023

**Note d'honoraires**

Patient (e) : *Benjaffar amina*

Actes réalisés et honoraires correspondants :

Examen ophtalmologique 300.00 Dh

Examen du fond de l'oeil : 100,00 Dh

-----  
Total réglé : 400.00 Dh Quatre cents dirhams

**Dr MAZZOUZ Hanane**  
**OPHTALMOLOGISTE**  
511 Bd Al Qods - Casablanca  
Tel: 05 22 52 25 26

Tél : 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