

# 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 radiés 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.



Complément dossier mon  
pour ALAOUI AMB D'hamed

**Déclaration de Maladie : N° S19-0051945**

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société : MUPRAS 168484  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KOURANE Date de naissance :  
Adresse : Résidence WIAN II 4 - Apt 2 - OULFA  
Tél : 0669 131370 Total des frais engagés : 50650 (320,00 DHS) Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /  
Nom et prénom du malade : ALAOUI AMB D'hamed 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 : Casablanca

Le : 14 / 07 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

Kourane

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° S19- 0051945

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 1511  
Nom de l'adhérent(e) : KOURANE  
Total des frais engagés : 50650 (320,00 DHS)  
Date de dépôt : 14 / 07 / 2023

## 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



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 prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 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 غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : ALAOUI ADB D/hamed

N° Affiliation : 3161728 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 44411873255 رقم التسجيل :

N° CIN : B 9184051 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : Résidence W. AN - ITH H - Apt 2 - OULFA العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 5.065,00 04 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 3 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : ALAOUI ADB D/hamed الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : M ☒ ذكر ☐ أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 691MBS 18 4 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie\* ☐ مرض\* Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maternité\* ☐ أمومة\* Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation\* ☐ إسقيفاء\* Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident\* ☐ حادث\* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

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

Fait à : ..... حرر بـ :  
le : ..... في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : ..... حرر بـ :  
le : ..... في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو مؤسسة الصحة  
Cachet et signature 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

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع







MR ALAOUI ADIB M'HAMED  
RES WIAM IMM 4 APPT 2  
OULFA  
CASA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 81278686 Date et heure : 05/06/2023 12:30  
Nom et prénom Assuré : ALAOUI ADIB M'HAMED  
Immatriculation : 44873255 / 500380851  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ALAOUI ADIB M'HAMED / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40110  
Valeur en Dirhams : 5 065,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0100  
Nom Etablissement :

**Dr. Malika BOUKSIM**

**OPHTALMOLOGISTE**

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوقسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأشعة فوق الصوتية  
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون  
الليزر....

25 Avril 2023

Casa le :

**Mr. ALAOUI ADIB Mhammed**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets

VL :

OD = + 2.00 (- 0.75 à 99°)

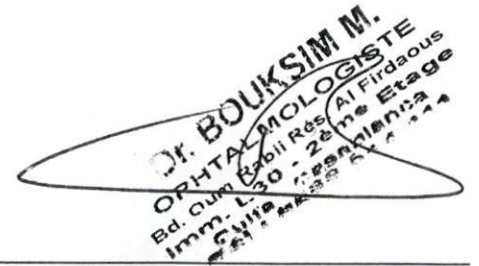
OG = + 1.50 (- 1.50 à 69°)

VP :

ODG = Add : + 3.25

CROSS COLLYRE

1 GTT 3 A 4 FOIS PAR JOUR, les deux yeux, 1 Mois



Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11



RC0122  
2025/06

PPC:105,00



RC0122  
2025/06

PPC:105,00



RC0121  
2024/11

PPC:105,00





**OPTIC**

*Un autre regard sur vos yeux*

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

N° 59304

FACTURE N° :

Casablanca, le: 08/05/2023

Mme / Mr: ALAOU ADIB M HAMMED

Dr: BOKSIN MILKA

VL

OD: +2.00 (-0.75 @ 99°)

OG: +1.50 (-1.50 @ 69°)

Monture

1200,00 DH

VP-Add

OD: +3.25

OG: +3.25

Verres

3300,00 DH

DH

OK MA PROGRESSIF EXAKA GR.1 ANTIREFLEX  
Inbo Import

DH

Total à payer: 4500,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUATRE MILLE

Cinq cent DIRHAMS

**Akram Daali**  
Inpe: 065032633

**M-A-D Optic**  
Opticien Optométriste  
63 Rue Rguibat Casa

Cachet et signature

Adresse 63 Rue Rguibat Bourgogne - Casablanca - Tél.: 05 22 29 55 36  
Capitale 100.000 - Patente 3502703 - IF 47232711 - RC 6123  
ICE 002642590000069



Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

① 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           | -                 | 28/06/2023         | Virement      | -                      | 8 443,00      | 2<br>730,66 | 0,00     | 2<br>730,66 |
| 80884480      | 16/05/2023        | Payé en : 43 jours |               | ALAOUI ADIB<br>M'HAMED | 3 378,00      | 1<br>410,66 | 0,00     | 1<br>410,66 |
| 81278686      | 05/06/2023        | Payé en : 23 jours |               | ALAOUI ADIB<br>M'HAMED | 5 065,00      | 1<br>320,00 | 0,00     | 1<br>320,00 |
| 1             | -                 | 12/06/2023         | Virement      | -                      | 538,10        | 188,72      | 0,00     | 188,72      |
| 1             | -                 | 01/03/2023         | Virement      | -                      | 2 000,00      | 800,00      | 0,00     | 800,00      |
| 2             | -                 | 17/02/2023         | Virement      | -                      | 3 873,31      | 624,12      | 0,00     | 624,12      |