

# 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.

## 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- № 002196

203059

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01762 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : CHAFIK Abdelfaouad

Date de naissance : 06/01/1954

Adresse : Villa Q 2 cité AL MANAR Casa

Tél. : 0661170319 Total des frais engagés : 3000 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément de Remboursement  
CHERIF D'OUZZAN AMINA (CNOPS)

Date de consultation : 21/01/2024

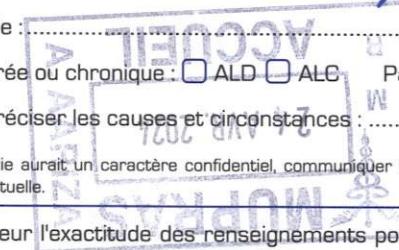
Nom et prénom du malade : CHERIF D'OUZZAN AMINA Age :

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 : 23/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :



## CNOPS Affections de longue Durée

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : CHEHIF DOUEZZAN AMINA

369021

N° Affiliation :

932932877

N° Immatriculation :

K31019

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant ابنAdresse : بيت Q2 EL MANAR Rue Driss El Mohammadi  
Casablanca

M�arif (درهم) : 30000 Dirhams DH

وثائق المرفقة : 6 (Six)

تصريح الطبيب المعالج

تفيد من العلاجات

العائلي و الشخصي : CHEHIF DOUEZZAN AMINA

231256

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M  ذكر  F أنثى

الإرثاء :

العلاقة التعريف الوطنية :

\*:

## Identification du médecin traitant

N° INP

05/10-3001

Type de soins

Admission ALD\* :

Oui Non

N° dossier ALD\* :

\_\_\_\_\_

Code ALD :

\_\_\_\_\_

المرض المزمن : يم الظرف المغلق :

ف المرض المزمن : الاستشفاء :

مرض المزمن : يم الظرف المغلق :

الاستشفاء :

بح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Jatteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca حرر بـ :

le : 29/01/2024 في :

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiées

حرر بـ : ..... le : 29/01/2024

ني : ..... توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement

abrir une feuille de soins par personne et r événement.

feuille de soins doit être accompagnée de utes les pièces justificatives originales rdonnances médicales, factures, résultats s examens de radiologie et/ou de laboratoire).

nom et prénom de la personne soignée vent être portés par les praticiens eux mèmes r chaque feuille de soins.

s prospectus et les PPM concernant les édicaments achetés doivent être joints aux donnances transmises.

a feuille de soins ainsi que les pièces istificatives doivent être présentées à votre utuelle dans les deux mois qui suivent le emier acte médical, sauf s'il y a traitement édical continu. Dans ce dernier cas, le dossier t être présenté dans les soixante (60) jours i suivant la fin du traitement.

e remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale : référence.

es risques liés aux accidents du travail et aladies professionnelles ne sont pas couverts.

oute personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est passible des sanctions gales et réglementaires.

'obligation de remboursement prise par la NOPS est subordonnée au respect des nditions réglementaires et de ce qui précède.

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية التي تتضمن إليها في طرف 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.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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 التغاضدية

Identification de l'agent : .....

Tarihy el eidat : .....

**عدد الوحدات التي تم تنفيذها و التغيرات الطبيعية المعموقة**

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

التاريخ التفدي Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP :
		INP :
		INP :

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين المطبين

MME CHERIF D'OEZZAN AMINA  
VILLA Q2 CITE AL MANAR



### Accusé de Réception



CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

N° de Dossier : **86345735** Date et heure : **04/03/2024 11:19**

Nom et prénom Assuré : **CHERIF D'OEZZAN AMINA**

Immatriculation : **93932877 / 500337309**

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **CHERIF D'OEZZAN AMINA / 01**

Type de dossier : **FEUILLE DE SOINS**

Lieu de réception : **CASA SIEGE 90146**

Valeur en Dirhams : **3 000,00** Nombre de pièces : **6**

Code Etablissement : **9MGE303**

Nom Etablissement :

12:32

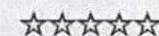
46%

Information ENREGISTRE 2 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 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
1	-	17/04/2024	Virement	-	3 330,00 331,00	2	532,80	2 863,80
- 1	-	05/04/2024	Virement	-	3 000,00	1 561,60	355,40	1 917,00
86345735	04/03/2024	Payé en : 32 jours		CHERIF D'OEZZAN AMINA	3 000,00	1 561,60	355,40	1 917,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger



**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.  
Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU  
SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

Casablanca, le 29/11/14

Dr. Afifi Adnane  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA (Quartier Racine)  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

**Docteur AFIFI Adnane**

Doctorat d'Etat de la Faculté de Médecine d'Angers.

Ancien Praticien Hospitalier des Hopitaux R.S de Nantes.

CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
CHIRURGIE PLASTIQUE ET RECONSTRUCTRICE DU  
SEIN

8 Rue Ibn Yalaa El Ifrani . Quartier Racine. Casablanca

Tél :0522 364 354. Tél et Fax :0522 364 355

Email : [cabinet.afifi@gmail.com](mailto:cabinet.afifi@gmail.com)

Casablanca, le 29

Dr. Afifi Adnane  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA (Quartier Racine)  
Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

**Mme CHERIF D'OUEZZAN EP CHAFIK Amina**

Faire pratiquer au laboratoire les analyses suivants :

- NFS,Plaquettes
- VS
- Phosphate Alcaine
- SGOT/SGPT
- CA15-3
- ACE
- CA125

DR. AFIFI ADNANE  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355  
RESIDENCE SADIA 15 Rue Abu Abdes (Bd Zerktouni)  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BENKIRANE

FAIRE PRATIQUER AU CABINET DE RADIOLOGIE:

- UNE TOMMOGRAPHIE BILATERALE
- UNE ECHOGRAPHIE MAMMAIRE BILATERALE

DR A. AFIFI  
CHIRURGIE CANCEROLOGIQUE  
GYNECOLOGIQUE ET MAMMAIRE  
8 Rue Ibnou Yalaa El Ifrani  
CASABLANCA - Tél : 0522 364 354 - Fax : 0522 364 355

CENTRE DE RADIO DIAGNOSTIC  
400, Bd Brahim ROUDANI - Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 25 22 99 - 05 22 25 392 / 05 22 25 3904  
05 22 25 22 99 - 05 22 25 392 / 05 22 25 3904  
e-mail : roudani@hotmaiil.fr

Dr. MSEFFAR FAROUQI Wafae  
RADIOLOGUE