

## 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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'El  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-007678

COMPLEMENT

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569 Société : RAM 164263

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA

Date de naissance : 18.07.1955

Adresse : 60 El Othmania N° 62 sidi Maarouf

Casa

Tél. : 06 66 18 09 44 Total des frais engagés : 1658,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HARRAMI Najima Age : 1912

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 : 06/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

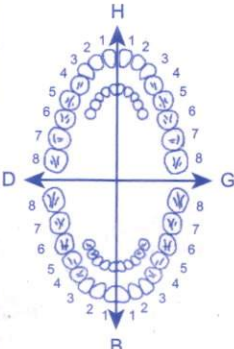
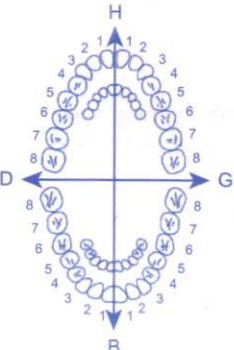
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

#### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div> <b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# 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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق 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.



# 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)

Nom et prénom : EL HARRAMI NAJIMA الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 133395 رقم الانخراط

N° Immatriculation : 032405840 رقم التسجيل

N° CIN : L131396 رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Lt EL OTHMANIA N°62 Sidi MAAROUF العنوان

Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1658,00 dhs مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 03 عدد الوثائق المرفقة

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins EL HARRAMI NAJIMA المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL HARRAMI NAJIMA الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 07/03/1956 تاريخ الازدياد

N° CIN : L131396 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس\*

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091118349 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins نوع العلاجات

Maladie \* ☐ مرض \* Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐

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

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

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

Causes : أسباب الحادث

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

Fait à : حرر بـ : 15/03/2023

le : في : 15/03/2023

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

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

Fait à : حرر بـ : 15/03/2023

le : في : 15/03/2023

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشطب الخانة \*  
La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيدع : .....





## وصف العمليات المحرقة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/3/2023	58,00	
	INP :  092008556	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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



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	ENREGISTRE 2	EN COURS DE TRAITEMENT 2	REJET 1	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	-	01/06/2023	Virement	-	1 658,00	680,60	89,28	769,88
79786803	16/03/2023	Payé en : 77 jours		EL HARRAMI NAJIMA	1 658,00	680,60	89,28	769,88
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 000,00	400,00	50,00	450,00
1	-	22/03/2023	Virement	-	3 347,50	1 739,25	402,44	2 141,69
1	-	02/03/2023	Virement	-	500,00	120,00	5,00	125,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40	198,00	13,20	211,20
1	-	30/10/2022	Virement	-	766,60	331,62	23,99	355,61
1	-	23/03/2022	Virement	-	5 098,60	2 268,76	437,61	2 706,37
1	-	01/03/2022	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00



Date d'édition : 16/03/2023 10:41:58

MME EL HARRAMI NAJIMA  
ETS TARIK IBNOU ZIAD 3.69

CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 79786803 Date et heure : 16/03/2023 10:41  
Nom et prénom Assuré : EL HARRAMI NAJIMA  
Immatriculation : 93405840 / 090080407  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA / 01  
Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90148  
Valeur en Dirhams : 1 658,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE066  
Nom Etablissement :





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA

Docteur Abderrahmane RAISS

Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

**Dr. Abderrahmane RAISS**

Chirurgie de la Cataracte

par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme

Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

**الدكتور الرايس عبد الرحمان**

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

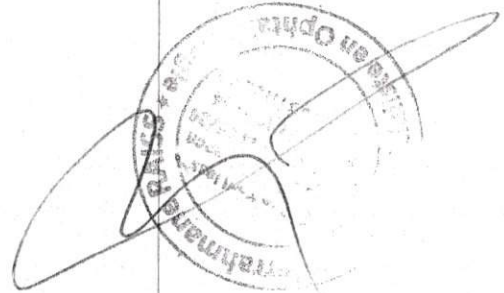
Casablanca le 15/03/2023

### COMPTE RENDU OPERATOIRE

Madame el harrami najima présente une cataracte secondaire qui a nécessité une capsulotomie au laser yag à l'œil gauche.

Les suites opératoires ont été simples.

CLINIQUE VAL D'ANFA  
CASABLANCA  
Tél: 0522 99 00 50 - Fax: 0522 39 10 11





## CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

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

**Dr. Abderrahmane RAISS**

Chirurgie de la Cataracte  
par Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme  
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

Casablanca le : 15/03/2023  
جراحة السادات (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

### SOINS POST- OPÉRATOIRES EL HARRAMI Najima

58,00

- **INDOCOLLYRE** 1 goutte 3 fois par jour pendant 15 jours.

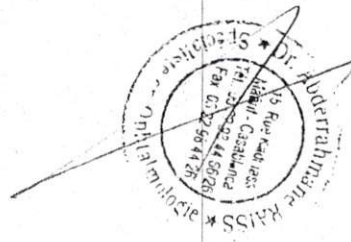
58,00

INDOCOLLYRE 0,1%      LOT/ عيار      H8258  
Collyre 5ml      FAB/ تاريخ الإنتاج      02-2022  
ZENITH PHARMA      EXP/ تاريخ الانتهاء      07-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
613001270088      PPV : 58,00 DHS

#### PRECAUTIONS :

- ne pas frotter l'œil opéré.
- ne pas faire d'efforts excessifs.

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.





## FACTURE :

EL HARRAMI NAJIMA	FACTURE N° 277/2023	
DATE	Designation	Montant
15/03/2023	LASER YAG OG	1600
	TOTAL	1600

La présente facture est acquittée à la somme DE MILLE SIX CENT DIRAHMS

CLINIQUE VAL D'ANFA  
CASABLANCA  
IMPLANT VISION  
Tél: 0522 39 12 77