

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : **03563**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **DIAMANE MOSTAFA**

Date de naissance : **18.07.1955**

Adresse : **lot El Othmania N-62 sidi Maarouf  
Casa**

Tél. : **06.66.18.09.46** Total des frais engagés : **16.58.00** Dhs

## Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : **EL HARRAMI Najira** Age : **1916**

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 : **Chas**

Le : **06.06.2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

#### RELEVE 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

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a 3D helical structure, likely a protein backbone, with nodes numbered 1 through 8. The structure is oriented with an upward-pointing arrow labeled 'H' at the top, a downward-pointing arrow labeled 'B' at the bottom, and a horizontal double-headed arrow labeled 'D' pointing left, which is perpendicular to the helical axis. The nodes are arranged in a helical path, with some nodes having multiple labels (e.g., 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) and some having additional symbols like 'Y' or 'H'.

## [Création, remont, adjonction] ctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Instructions à suivre

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.

## تعليمات يجب اتباعها

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 و الوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : ..... تاریخ الإيداع :



N° Bordereau : .....

## Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : **EL HARRAMI NAJIMA** رقم الانفراط :

**133395**

N° Affiliation :

**032405840**

N° Immatriculation :

**L1313916**

N° CIN :

**07031956**

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

Conjoint  زوج  Enfant ابن

Adresse : **lot EL OTHMANIA N°62 SIDI MAROUF Casablanca** العنوان

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

Nombre de pièces jointes : **03** عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : **EL HARRAMI NAJIMA**

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

**07 03 1956**

تاريخ الإزدياد :

N° CIN :

**L1313916**

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

M ذكر  F أنثى

الجنس\* :

## Identification du médecin traitant

N° INP

**091118349**

### Type de soins

Maladie \*  مرض

Pli confidentiel remis\* :  Oui  Non

Maternité \*  أمومة\*

Date de grossesse :

Hospitalisation \*  استشفاء\*

Date prévue d'accouchement :

Accident \*  حادث\*

Date d'hospitalisation :

Causes :

Date d'accident :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des enseignements portés ci - avant.

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : ..... حرر ب : ..... le : ..... في : .....

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Signature de l'assuré (e)

Fait à : ..... حرر ب : ..... le : ..... في : .....

توقيع المؤمن له (ها)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

- Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعه كل ایصال يطبع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

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

180944  
0666

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

#### **description des actes effectués**

## وصف العمليات المحرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النحو المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٥/٣/٢٠٢٣	٥٨,٠٠	 <input data-bbox="349 1049 662 1146" type="text" value="INP: 092008556"/> <input data-bbox="349 1249 662 1272" type="text" value="INP: _____"/> <input data-bbox="349 1504 662 1526" type="text" value="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 المفوت 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

الطبين المساعدات عمليات

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; border-radius: 5px;" type="text"/>					



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

MME EL HARRAMI NAJIMA

ETS TARIK IBNOU ZIAD 3.69

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

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 :

## Accusé de Réception



ANONYME



# 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 الرأيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)  
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

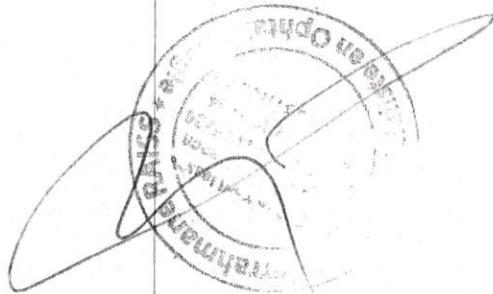
Casablanca le 15/03/2023

## COMPTE RENDU OPÉRATOIRE

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 - IMPLANT VISION  
Tél: 0522 390056 - Fax: 0522 391011





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

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة العيون البصرية (الجلاة)

Casablanca le : 15/03/2023

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

## SOINS POST- OPÉRATOIRES EL HARRAMI Najima

58,00

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

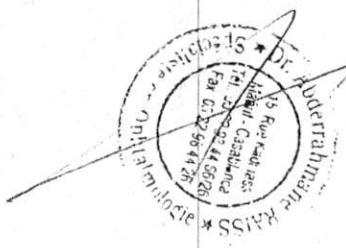
INDOCOLLYRE 0,1%      LOT / عبار / H8258  
Collyre 5ml      FAB/ج. 02-2022  
ZENITH PHARMA      EXP/ج. 07-2023  
AMM N°155/19/DMP/21/NRQDNM  
Barcode: 6118001270088      PPV : 58,00 DHS



### PRECAUTIONS :

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

Examen de contrôle : cf. carte ci-jointe.



## CLINIQUE VAL D'ANFA

## FACTURE :

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

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

~~CLINIQUE VAL D'ANFA  
CASE 1000  
TÉL: 01 30 30 30 30 - Fax: 0522 30 12 12~~



RC : 30 769 - IF : 01002323 - CNSS : 1450246 - Patente : 35603440  
19, Boulevard Moulay Rachid (Ex Franklin Roosevelt), Clinique Val d'Anfa, Anfa - Casablanca - Maroc  
Tél. : +212 (0) 5 22 95 00 58