

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 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.

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



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

Déclaration de Maladie

N° W21-803273

175792

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : Royal Air Maroc
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE
 Date de naissance : 07.08.1944
 Adresse : Bâtiment de Résidence JOURNALIER INNS' ALPS
 Avenue ADDOLB, Hay Ryad, Rabat
 Tél. : 06 64 171444 Total des frais engagés : 2141,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : SEMMAR JAOUHARA Age: 68 Ans
 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 : Rabat Le : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-803273

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 : 01690
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMAL EDDINE
 Total des frais engagés : 2141,10 Dhs
 Date de dépôt : 08.09.2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible]

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 Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

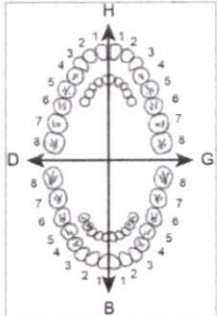
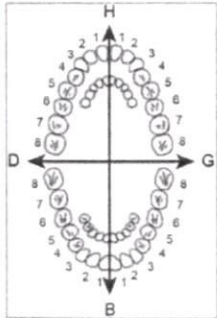
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	INS : <input type="text"/>														
				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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																	
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME SEMMAR JAOUHARA

NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES

JOULANAR HAY RYAD

RABAT

RABAT RP

10000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

82130669

Date et heure : 24/07/2023 12:50

Nom et prénom Assuré :

SEMMAR JAOUHARA

Immatriculation :

55250303 / 050137956

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SEMMAR JAOUHARA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT RYAD 50661

Valeur en Dirhams :

2.141,10

Nombre de pièces : 8

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR244

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

EN COURS DE TRAITEMENT **1**

PAYE

NON PAYE **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
- 1	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
82130669	24/07/2023	Payé en : 44 jours		SEMMAR JAOUHARA	2 141,10	300,00	17,00	317,00
- 1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
82130640	24/07/2023	Payé en : 43 jours		SEMMAR JAOUHARA	602,00	262,85	42,08	304,93
≡ 1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00
≡ 1	-	28/06/2023	Virement	-	2 183,80	1 673,30	0,00	1 673,30
≡ 3	-	23/03/2023	Virement	-	6 910,90	2 858,58	637,42	3 496,00
≡ 1	-	21/01/2023	Virement	-	559,00	218,90	3,00	221,90

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

EN COURS DE TRAITEMENT **1**

PAYE

NON PAYE **1**

i 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	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
82130669	24/07/2023	Payé en : 44 jours		SEMMAR JAOUHARA	2 141,10	300,00	17,00	317,00
- 1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
82130640	24/07/2023	Payé en : 43 jours		SEMMAR JAOUHARA	602,00	262,85	42,08	304,93
- 1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00
81533721	16/06/2023	Payé en : 48 jours		SEMMAR JAOUHARA	624,80	120,00	5,00	125,00
1	-	28/06/2023	Virement	-	2 183,80	1 673,30	0,00	1 673,30
3	-	23/03/2023	Virement	-	6 910,90	2 858,58	637,42	3 496,00
1	-	21/01/2023	Virement	-	559,00	218,90	3,00	221,90

Centre
d'Ophthalmologie
de Rabat

KÉRATOCÔNE
&
CHIRURGIE RÉFRACTIVE

Dr Yasser RIFAY

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر باللايزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

مركز طب العيون
الرباط



القرنية المخروطية
تصحيح البصر باللايزر
الدكتور ياسر الرفاعي

12 juillet 2023

Mme SEMMAR Jaouhara

148.00

CATIONORM

1 GOUTTE 4 FOIS / JOUR, dans les deux yeux, pendant 6 Mois

44.10

DEXA FREE

1 goutte 3x / j x 5 j puis

1 goutte 2x / j x 5 j puis

1 goutte 1x / j x 5 j puis arret, dans les deux yeux

189.00

BLEFARETTE

Mettre la lingette dans son sachet dans l'eau tiede pdt 5 minutes puis application sur les paupieres fermées.

164.00

BLEPHAGEL

1 APPLICATION 2 FOIS / JOUR pendant 3 Mois

Il est formellement interdit de changer les dates

Dr. RIFAY Yasser

Ophthalmologie

Centre de France 2ème étage

Agdal Rabat Agdal

INPE 10176

التقاطع بين شارع ابن سينا و شارع ابن

سينا، الطابق الثاني، أكدال الرباط



Angle de l'avenue de France et de
l'avenue Ibn Sina, 2ème étage,
Rabat, Agdal



05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06



Dr Yasser RIFAY

Chirurgie de la cataracte - Chirurgie réfractive (Myopie, Hypermétropie, Astigmatisme) - Kératocône
جراحة المياه البيضاء - تصحيح البصر بالليزر - زراعة العدسات - القرنية المخروطية

mercredi 12 juillet 2023

Note d'honoraires

Nom et prénom : Mme.SEMMAR Jaouhara

Acte : test des larmes .

Mode de paiement :

- Espèce

Arrêté la présente note d'honoraires à la somme de mille deux cent 1200.00 dhs.

Dr. Yasser RIFAY
Ophtalmologiste
36, Avenue de France 2ème étage
Apt. N° 4, Rabat - Agdal
Tél : 05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14
Tél : 05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14

Dr.Rifay

* INPE : 101168276. * ICE : 001658290000012. * IF : 14482367. * CNSS : 96241321.

Il est formellement interdit de changer les dates

يمنع منعاً باتاً تغيير التواريخ



Angle de l'avenue de France et de
l'avenue Ibn Sina, 2ème étage,
Rabat, Agdal

التقاطع بين شارع فرنسا و شارع ابن
سينا، الطابق الثاني، أكدال الرباط



05 37 68 68 54 / 06 23 68 25 14 / 07 66 02 46 06

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 le praticien 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 la CNOPS 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 وأتمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق لإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيخضع طبقا للمسطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

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
	N° Bordereau :	N° Dossier :
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : SEMMAR JAOUHARA	الاسم العائلي والشخصي :	
N° Affiliation : 099AB16	رقم الانخراط :	
N° Immatriculation : 121210303	رقم التسجيل :	
N° CIN : A-129074	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*		
Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>		
Adresse : Secteur 8 Residence JOUHANAR, Immeuble APT 3, Rue Abdoulaye, May Rya, Rabat	العنوان :	
Montant des frais : 2.141,10	مبلغ المصاريف :	
Nombre de pièces jointes : 1	عدد الوثائق المرفقة :	
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins : SEMMAR JAOUHARA	المستفيد من العلاجات :	
Nom et prénom : SEMMAR JAOUHARA	الاسم العائلي والشخصي :	
Date de naissance : 12/12/1963	تاريخ الميلاد :	
N° CIN : A-129074	رقم بطاقة التعريف الوطنية :	
Sexe : M	الجنس :	
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج		
N° INP : 1101168276	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :	
Type de soins نوع العلاجات		
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة	Date de grossesse : 12/12/2013	تاريخ الحمل :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء	Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* <input type="checkbox"/> حادث	Date d'hospitalisation :	تاريخ الاستشفاء :
Causes :	Date d'accident :	تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :		
أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	Je déclare les informations ci-dessus sincères et exactes.	
Fait à : 14/07/2013	Fait à : 14/07/2013	
Le : 14/07/2013	Le : 14/07/2013	
Signature de l'assuré(e)	Signature du Médecin traitant	
Cachet et Signature de l'assuré(e)	Cachet et Signature du Médecin traitant	

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

CEM-10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible][illegible]

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Meibographie

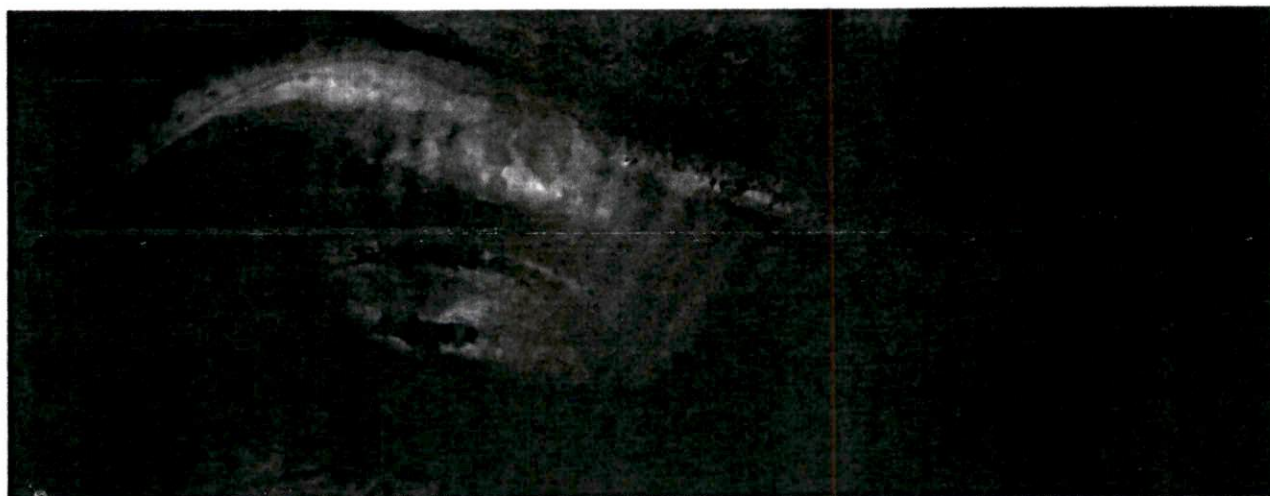
DATE
2023/07/12 14:55

ADRESSE

Note:



OS UL



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 15%

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Meibographie

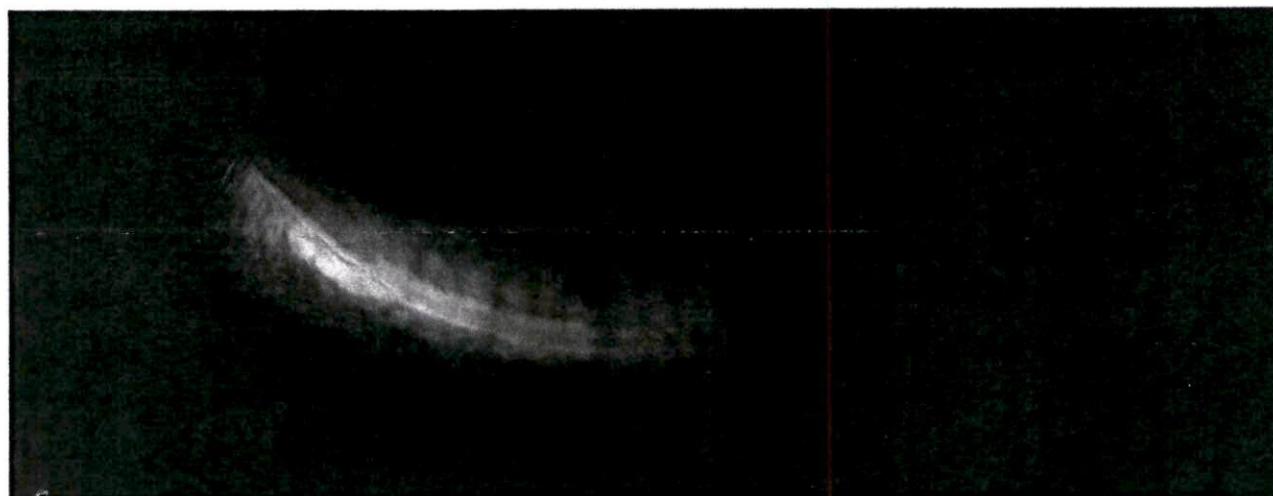
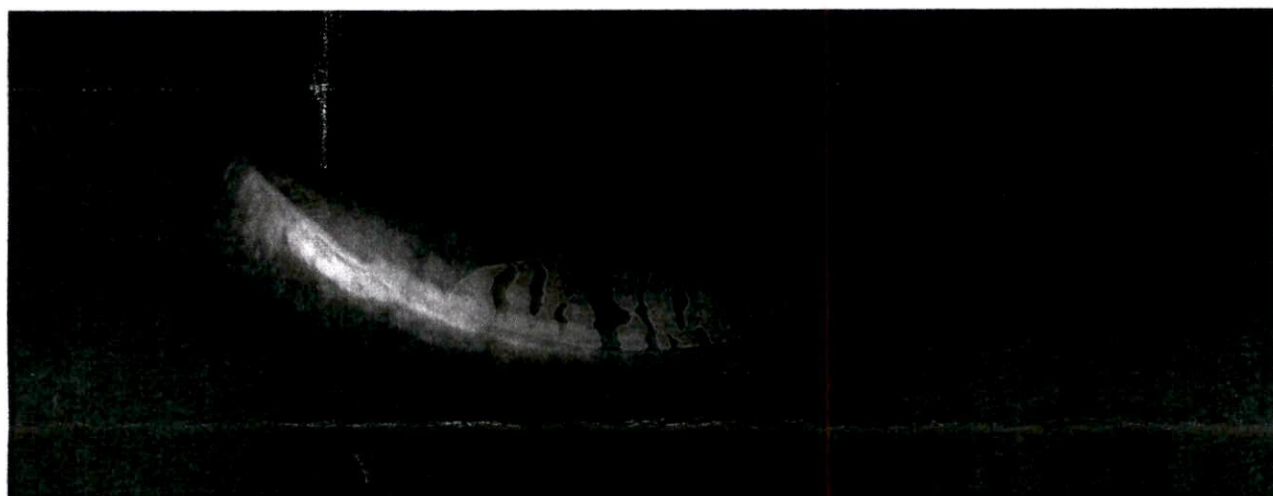
DATE
2023/07/12 14:52

ADRESSE

Note:



OS LL



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 13%

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jacuhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Meibographie

DATE
2023/07/12 14:54

ADRESSE

Note:



OD UL



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 10%

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Meibographie

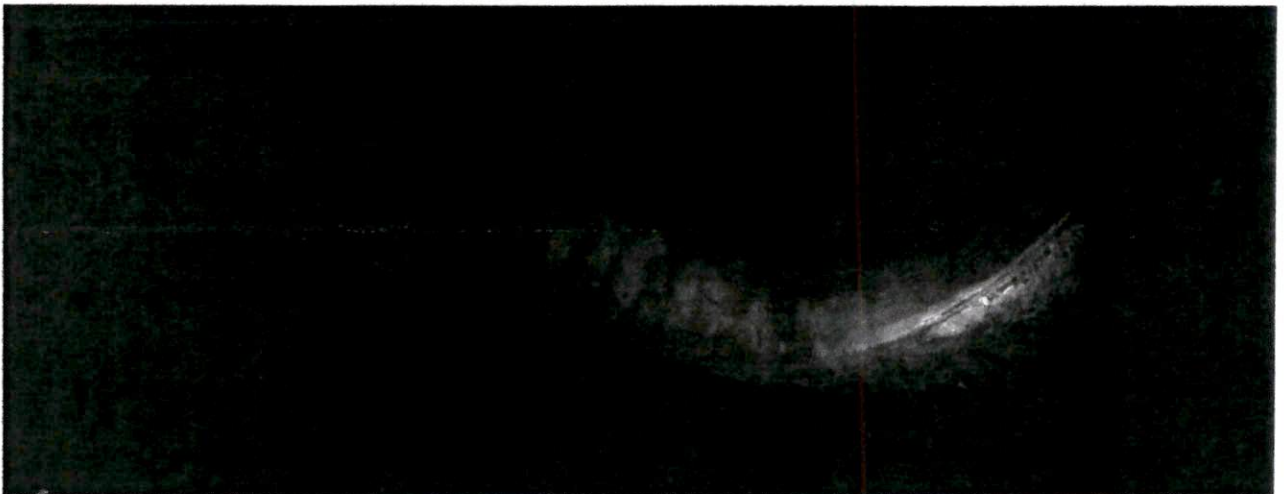
DATE
2023/07/12 14:52

ADRESSE

Note:



OD LL



Glandes de Meibomius - Zone de perte (%): 0%

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

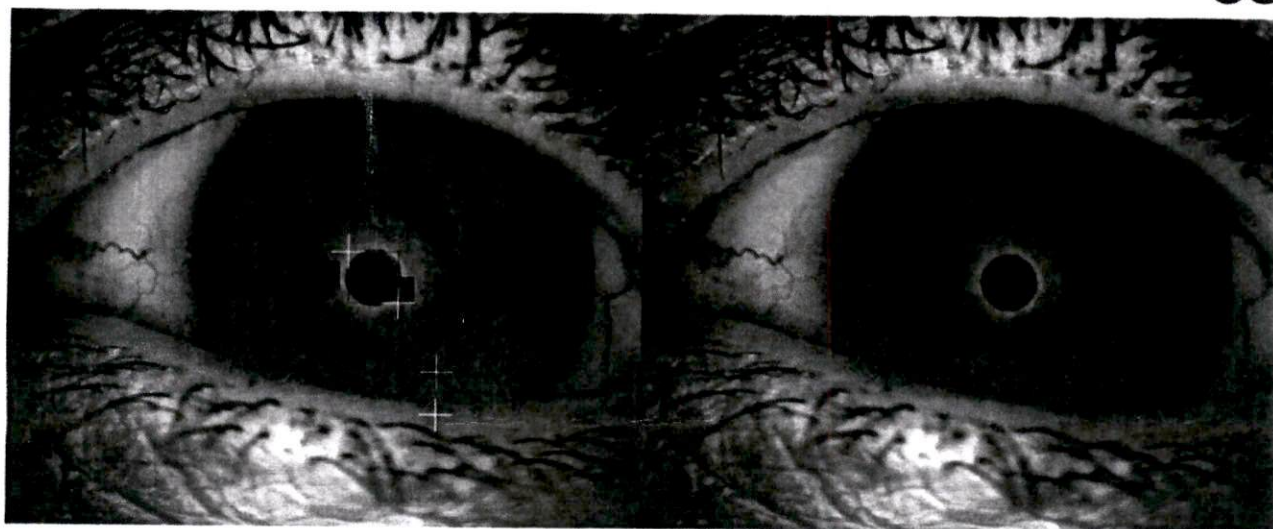
DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Ménisque lacrymal

DATE
2023/07/12 14:49

ADRESSE

Note:



Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,22mm

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Ménisque lacrymal

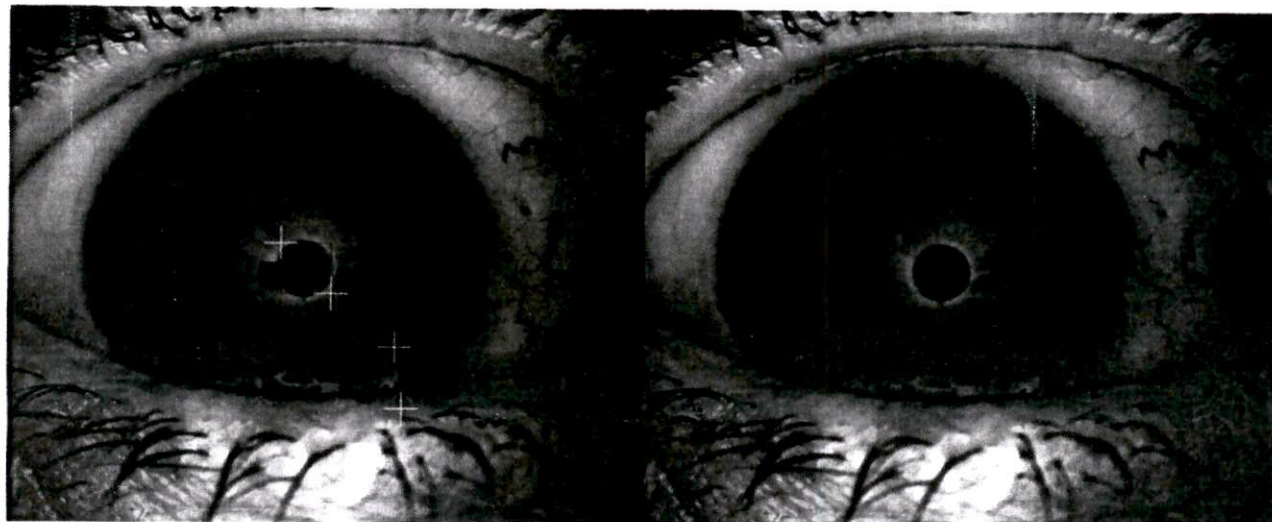
DATE
2023/07/12 14:49

ADRESSE

Note:



OD



Hauteur du ménisque lacrymal (mm): 0,78mm

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

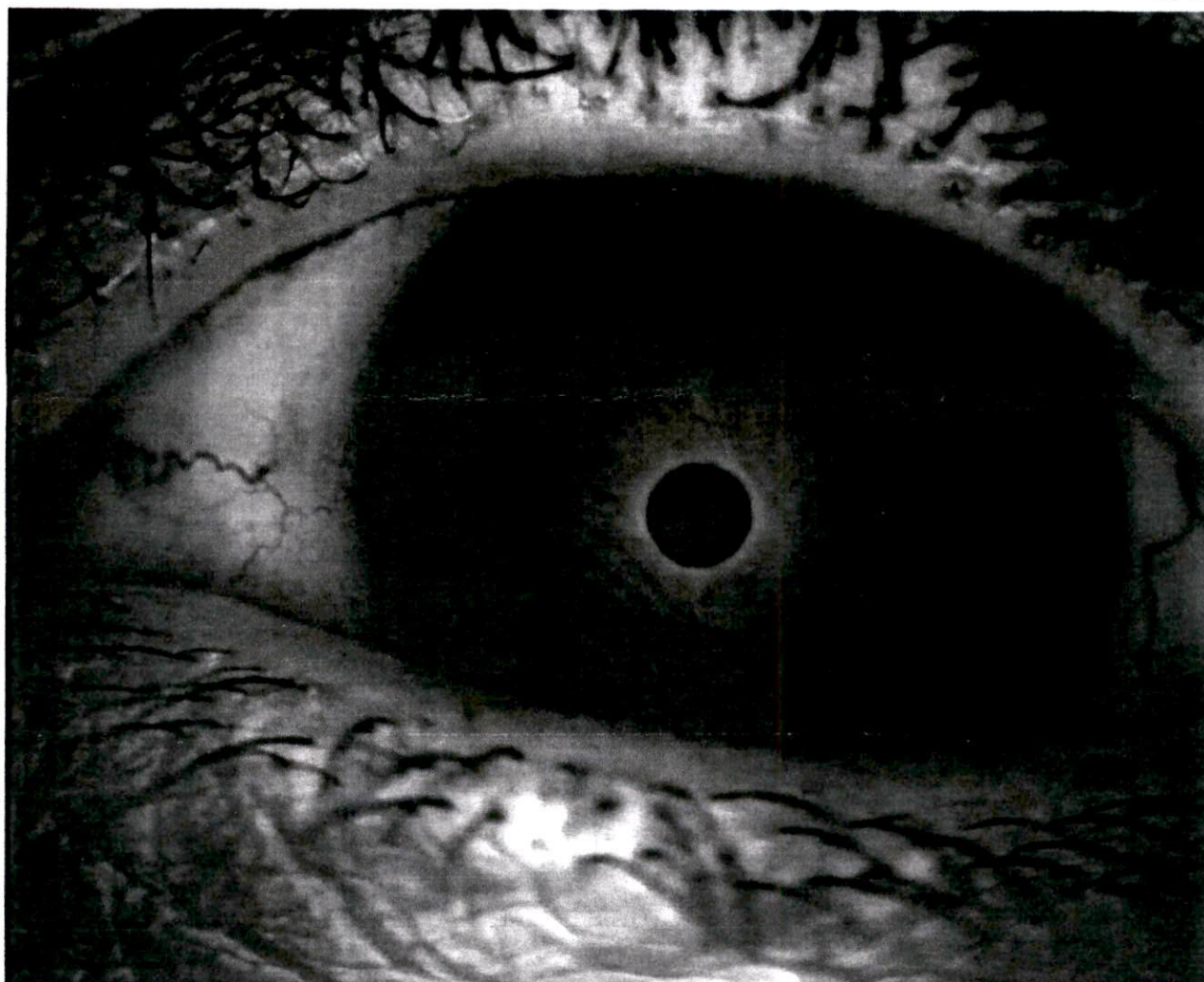
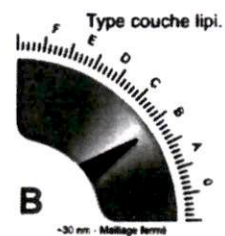
DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION

DATE
2023/07/12 14:49

ADRESSE

Note:



Type couche lipi.: B ~30 nm Maillage fermé

5

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

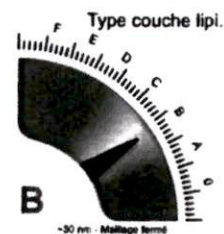
CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F
DESCRIPTION

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)
DATE
2023/07/12 14:49

ADRESSE

Note:



OD



Type couche lipi.: B ~30 nm Maillage fermé

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jacuhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

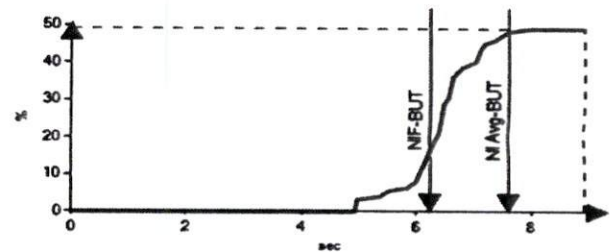
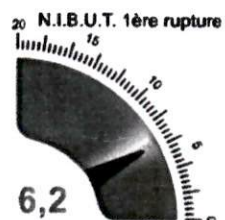
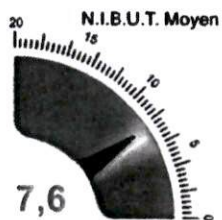
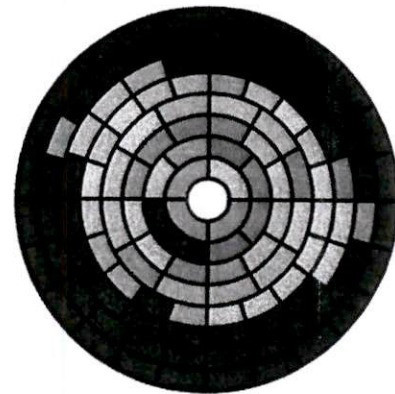
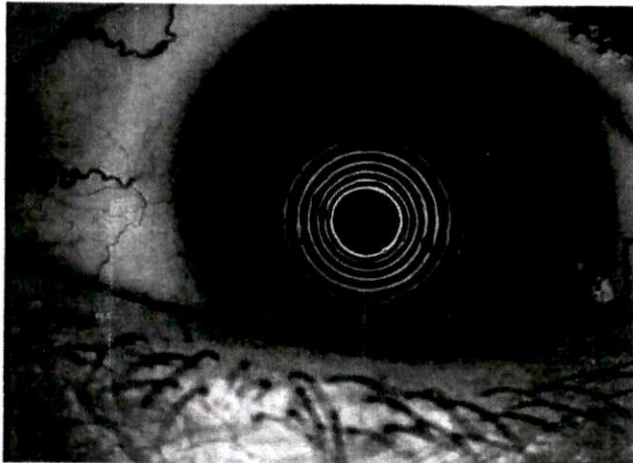
DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION

DATE
2023/07/12 14:48

ADRESSE

OS



N.I.B.U.T.: 7,6s

Note:

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

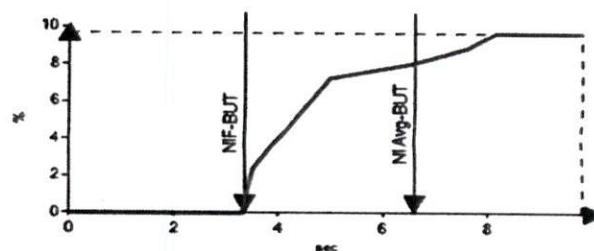
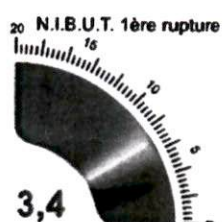
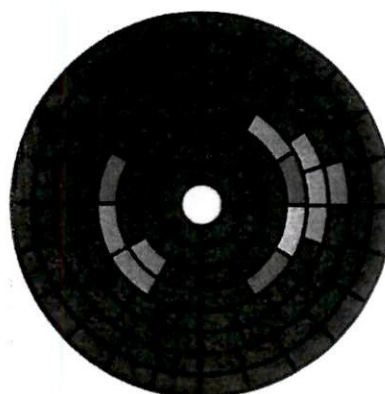
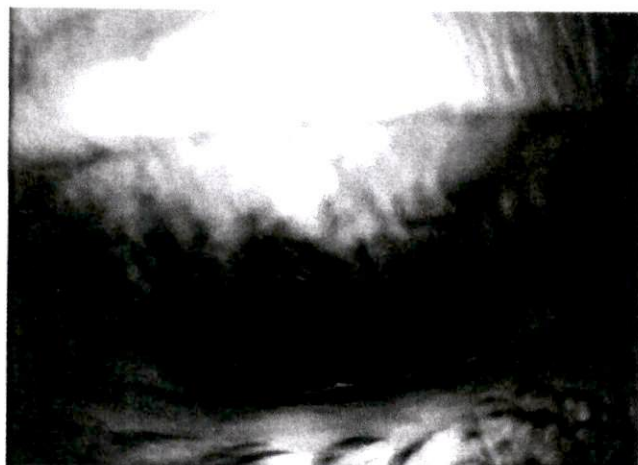
CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F
DESCRIPTION

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)
DATE
2023/07/12 14:48

ADRESSE

OD



N.I.B.U.T.: 6,6s

Note:

NOM, PRÉNOM
Semmar, Jaouhara

CODE DE SÉCURITÉ

SEXE
F

DATE DE NAISSANCE
1955/02/14 (68)

DESCRIPTION
Rapport par date

DATE
2023/07/12

ADRESSE

Oeil Droit (O.D.)

Oeil Gauche (O.S.)

6,6s

N.I.B.U.T.

7,6s

-30 nm Mailage fermé -B

Type couche lipi.

-30 nm Mailage fermé -B

0%

Glandes de Meibomius
inférieures - Zone de perte (%)

13%

10%

Glandes de Meibomius
supérieures - Zone de perte (%)

15%

0,78mm

Hauteur du ménisque lacrymal
(mm)

0,22mm