

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° P19-0028883

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7526 Société : A99-220
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL AMMARI ABDELMAJID
Date de naissance : 15/03/1957
Adresse : LOT HAJ FATEH 6 N°3 OULFA; CASA
Tél. : 0666/13/1007 Total des frais engagés : 4454,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 04/12/2023
Nom et prénom du malade : BADRAOUI FAUZIA Age: 62 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 : Casa Le : 18/03/2024
Signature de l'adhérent(e) :

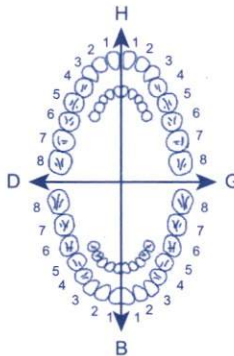
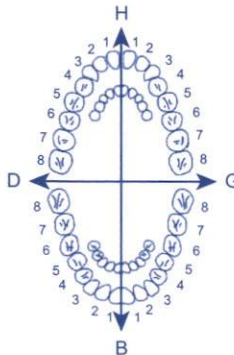
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

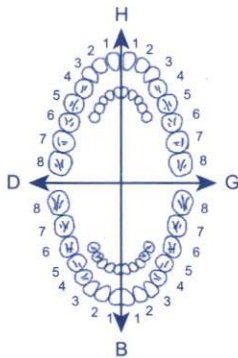
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient											
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DEBUT D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> FIN D'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div>										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 60%;"> Coefficent DES TRAVAUX </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> MONTANTS DES SOINS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DU DEVIS </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="width: 60%;"> DATE DE L'EXECUTION </div> <div style="width: 35%; border: 1px solid black; height: 40px;"></div> </div>										
														
<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">H</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412 00000000</td> <td style="padding: 5px;">21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">D ————— G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000 35533411</td> <td style="padding: 5px;">00000000 11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;">B</td> </tr> </table>					H		25533412 00000000	21433552 00000000	D ————— G		00000000 35533411	00000000 11433553	B	
H														
25533412 00000000	21433552 00000000													
D ————— G														
00000000 35533411	00000000 11433553													
B														
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

A diagram of a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, viewed from the front. The teeth are represented by circles and are numbered 1 through 8 on both the left and right sides, starting from the center (midline) and moving outwards. The diagram is oriented with a vertical axis labeled 'H' at the top and 'B' at the bottom, and a horizontal axis labeled 'D' on the left and 'G' on the right. The teeth are arranged in a symmetrical pattern.

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

--

MONTANTS
DES SOINS

--

DATE DU
DEVIS

--

DATE DE
L'EXECUTION

--

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

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 ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الاضطراب الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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


كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'ordonnance de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

توقيع وطابع التعااضدية
Cache et signature de la mutuelle



		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 (ها)					
Nom et prénom : BADRAOUI Fouzia		الاسم العائلي والشخصي : الطالبة فوزية بدرع			
N° Affiliation : 3118121131		رقم الإنخراط :			
N° Immatriculation : 4131218103151041		رقم التسجيل :			
N° CIN : 18176931401		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 : BOITE POSTALE No 50834 Casablanca		العنوان :			
Montant des frais : 4131218103151041 Dhs		مبلغ المضاريف :			
Nombre de pièces jointes : 02		عدد الوثائق المرفقة :			
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج					
Bénéficiaire de soins Fouzia Badraoui		المستفيد من العلاجات			
Nom et prénom : Fouzia Badraoui		الاسم العائلي والشخصي :			
Date de naissance : 11/11/1981		تاريخ الإزدياد :			
N° CIN : 18176931401		رقم بطاقة التعريف الوطنية :			
Sexe* : أنثى		الجنس :			
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج					
N° INP : 0911218103151041		الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :			
Type de soins : مرض		نوع العلاجات			
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض* <input type="checkbox"/>		Plu-confidentiel remis* <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة* <input type="checkbox"/>		Date de grossesse :			
		Date prévue d'accouchement :			
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء* <input type="checkbox"/>		Date d'hospitalisation :			
Accident* <input type="checkbox"/> حادث* <input type="checkbox"/>		Date d'accident :			
		Causes :			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca le : 08-01-2024 Signature de l'assuré(e) : Fouzia Badraoui		Asrgh bismaddiqe wsrgh mglomot mzkourat aghl. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca le : 08-01-2024 Cachet et Signature du médecin traitant ou du représentant de soins : Fouzia Badraoui			

CIM-10			
--------	--	--	--

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مسمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04/12/23	54,10	<div style="text-align: right;"> <p>STEFANIE HAZRA</p> <p>CHIRURGIE DENTISTE</p> <p>06 07 88 22 90 24 - 06 07 88 22 90 24</p> <p>09 20 15 46 54 44 44 44 44 44</p> </div>
	INP : 13191210319261	
	INP : [][][][][][][][]	
	INP : [][][][][][][][]	

[illegible]

Dr RAFIK ILYASS

OPHTALMOLOGISTE

ADULTES ET ENFANTS



د. إلياس الرفيق

طب و جراحة العيون

للکبار و الصغار

Diplôme de la faculté de médecine de Casablanca
Ancien interne du CHU Ibn Rochd
Ancien médecin de l'hôpital 20 Août

خريج كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
طبيب داخلي سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيب سابق بالمستشفى 20 أغسطس

Casablanca le

04 décembre 2023

Mme BADRAOUI Fouzia

Monture + verres correcteurs progressifs Champ large Antireflets,
Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 2.00 (- 0.50 à 95°)

OG = + 1.75 (- 0.25 à 85°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.50

LARMABAK 0,9 % collyre

1 goutte 3 fois par jour et au besoin, dans les deux
Mois

AL FIRDACUS OPTIQUE SARL
EL AZIZ EL IDRISSI HICHAM
Opticien diplômé
Av. Oum Errabiaj min. 23 A Magasin N 021.030
Hay EL Oulfa Casablanca Tel: 0522938512/58
INPE: 095001889

STE PHARM
Casablanca
05 22 10 12 57



☎ 05.22.10.12.57 ☎ 06.63.65.68.04 ✉ dr.rafik.ilyass@gmail.com
Espace Bureau Lina, 1er étage - Bd Oued Daoura Haj Fateh Oulfa - Casablanca (avec ascenseur)
عمارة لينة، الطابق الأول - شارع واد الدورة الحاج فاتح الألفة - الدار البيضاء (بالمصعد)

AL FIRDAOUS OPTIQUE

AVENUE OUM ERRABIE, IMM GH25A MAGASIN 02L030
HAY EL OULFA-CASABLANCA
05.22.93.83.12

FACTURE

FACTURE N° : **443/2023**

DATE FACTURE : **26/12/2023**

CLIENT : **BADRAOUI FOUZIA**

	DESIGNATION	PRIX TTC
Verre1D	orma progressif antireflet zeiss	1 700,00 DH
Verre1G	orma progressif antireflet zeiss	1 700,00 DH
Monture1 :	optique	700,00 DH
Verre2D	-0.75(-1à95)add+2.00	
Verre2G	pl(-1.25à80)add+2.00	

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE

QUATRE MILLE CENT DIRHAMS

Total TTC : 4 100,00 DH

Total HT : 3 416,67 DH

TVA 20% : 683,33 DH

AL FIRDAOUS OPTIQUE SARL
EL AZIZI EL IDRISSI HICHAM
Opticien Optométriste
Av. Oum Errabie, Imm. GH 25 A Magasin N° 02L030
Hay EL Oulfa Casablanca, Tel: 0522938312/68
INPE: 095001889

CNSS : 6886230

RC : 134443

IF : 2223647

PATENTE : 36062303

ICE: 002692744000015



095001889



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

PAYE

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	-	05/03/2024	Virement	-	662,00	416,00	0,00	416,00
85336294	15/01/2024	Payé en : 50 jours		BADRAOUI FOUZIA	662,00	416,00	0,00	416,00
- 1	-	04/03/2024	Virement	-	4 454,10	1 357,87	0,00	1 357,87
85217791	08/01/2024	Payé en : 56 jours		BADRAOUI FOUZIA	4 454,10	1 357,87	0,00	1 357,87

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆

432.803504
Affi. 318213
B. 769310

