

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



Déclaration de Maladie

N° W21-680246

106035 Ram

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : MAAREU FI JAMALEDDINE

Date de naissance : 07 09 1994

Adresse : 66 rue 8 Résidence Joulouas 7m 8

Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 7844, - Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAAREU FI JAMALEDDINE Age : 27 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 : 01/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-680246

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) : MAAREU FI JAMALEDDINE

Total des frais engagés : 7844, - Dhs

Date de dépôt : 11-02-2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS, au 4, rue Al KHALIL, B.P. 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل);

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي;

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج;

يعاقب بغرامة وإبراج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00);

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: JEMMAR JAOUHARA

رقم الانخراط: 099136

رقم التسجيل: 552 250303

رقم بطاقة التعريف الوطنية: A-129074

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

العنوان: Adresse: SEPTIEME RASBATEE DOLLAR JEMMAR

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 7844 DH

عدد الوثائق المرفقة: 5

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: JEMMAR JAOUHARA

تاريخ الأزيداد: 14/02/2022

رقم بطاقة التعريف الوطنية: A-129074

الجنس: * أنثى ☒ Féminin ذكر ☐ Masculin

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات: Type de soins

تم تقديم الظرف المغلق: * Pli confidentiel remis* : oui non

تاريخ الحمل: Date de grossesse:

التاريخ المرتقب للولادة: Date prévue d'accouchement:

تاريخ الاستشفاء: Date d'hospitalisation:

تاريخ الحادث: Date d'accident:

أسباب الحادث: Causes:

فعل إلى: Fait à: Rabat

في: Le: 12/01/2022

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

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

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج Cachet et Signature du Médecin traitant

المؤسسة الصحية ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

(La vente de cet imprimé est formellement interdite) يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

توقيع وطابع التعاضدية Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: Date de dépôt du dossier:

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des 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
09/12/21	294.00	<p>Pharmacie SAFIYA Dr. Samia EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakdim Hay Riyad - Rabat Tel : 0537 71 34 42 - 0537 71 77 28</p>
	INPE : 102051620 INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

SPHINK VISION SRL
Bd. Loulouchea
Oprișan - Oradea - Arad - Agdaj - Rabat
33, Agdaj - Maroc
Al Abtal - Tél: 05 37 77 49 34

عيادة طب العيون CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERBICHE NADIA
Ophtalmologiste

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Sciences de la Santé de Brest
- Ancienne Attachée à L'hôpital Hotel Dieu à Paris
- Ancienne Médecin Spécialiste à L'hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat



- الدكتورة بربيش نادية
إختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- خريجة كلية الطب والعلوم الصحية بباريس
- طبيبة ملحقة سابقا بمستشفى
- أوتيل ديو باريس
- طبيبة إختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري
- محمد الخامس بالرباط

Rabat le 9/12/2021 الرباط في 09/12/2021

Semmar fahara.

2144.00

2 - thealose lolly re.

2 x 2 a 11

DR BERBICHE NADIA
OPHTALMOLOGISTE
17 RUE HAROUN ERRACHID
: 05 37 67 35 31

T: 294.00

Pharmacie SAFIYA
GHARBI Ep. KADIRI
Hay Riyad - Rabat
0537 71 34 42 - 0537 71 77 28

17, Rue Haroun Errachid Appt. 1 Agdal-Rabat الرباط - أكادال - رقم 1 أكادال - 17, زقة هارون الرشيد شقة رقم 1

Tél : 05 37 67 35 31 - Email : nberbiche@gmail.com

STERILE A



تاريخ أول فتح

Date de première ouverture

Théalose®

تيالوز®

Tréhalose 3 %
Hyaluronate de sodium

0,15 %

Solution Ophthalmique
Protège, hydrate
et lubrifie la surface
oculaire

10 ml

Sans
conservateur

تريالوز 3 %
هيايالورونات الصوديوم

0,15 %

محلول للعين
يحمي، يميّه ويترق سطح
العين

10 مل

بدون مادة حافظة



Distribué au Maroc par :

Laboratoires SOTHEMA
B.P. N°1, 27182 Bouskoura - Maroc
N° Homologation Maroc :
1573/2016/DMP/20/DM
PPC : 147,00 DH

MA
VR2762C10MAR/0919



Théa CE 0459

عيادة طب العيون CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERBICHE NADIA

Ophtalmologiste

- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Sciences de la Santé de Brest
- Ancienne Attachée à L'hôpital Hotel Dieu à Paris
- Ancienne Médecin Spécialiste à L'hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat



الدكتورة بربيش نادية

إختصاصية في أمراض وجراحة العيون

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالرباط
- خريجة كلية الطب والعلوم الصحية ببريست
- طبيبة ملحقة سابقا بمستشفى
- أوتيل ديو باريس
- طبيبة إختصاصية سابقا بالمستشفى العسكري
- محمد الخامس بالرباط

Rabat le : 9/12/2021 الرباط في

Semmar Jaouhar

l'usur
l'usur

ODR = +2,25

OC = (105° + 0,25) + 1,75

Pres : Additive + 2,50 ODR

Sté SPHINX VISION SARL AU
Rue Haroun Errachid
17 Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 35 31

33, Avenue
Al Abou
Tél : 05 37 67 35 31

DR BERBICHE NADIA
OPHTALMOLOGISTE
17 Rue Haroun Errachid
1 Agdal - Rabat
Tél : 05 37 67 35 31

17, Rue Haroun Errachid Appt. 1 Agdal-Rabat الرباط 17, زقة هارون الرشيد

Tél : 05 37 67 35 31 - Email : nberbiche@gmail.com

Sphinx Vision

Badr BOUZOUBAA - Opticien Optométriste
Autorisé Sous Numéro : 9913 S.G.G

Rabat le : 10/01/2022

MME SEMMARI JAOUHARA

FACTURE N° : 22/010

Quantité	Désignation	PU	Montant
1	Monture optique	1875	1875
2	Verre 1,61 progressif organique antireflets anti lumière bleu : OD : +2,25 OG : (+0,25 à 105°) +1,75 ADD : +2,50	2083,33	4166,67
TOTAL HT			6041,67 DHS
MONTANT TVA			1208,33 DHS
TOTAL TTC			7250,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :

**SEPT MILLE DEUX CENT
CINQUANTE DIRHAMS.**

S.A.R.L.A.U au capital de 200 000,00 Dhs

33, avenue Al Abtal, Angle Oued Ziz, Mag n°4 - Agdal - Rabat

Tel : (212) 537 77 49 34 - GSM (212) 661 59 24 34 - E-mail : Sphinxoptique@gmail.com

RC : 57967 - Patente : 25797496 - IF : 3333903 - CNSS : 6666898 - ICE : 000193066000095

AWB : 007 810 000291400 00 00 17840



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
- 2	-	03/02/2022	Virement	-	8 163,40	1 440,00	10,00	1 450,00
71903191	12/01/2022	Payé en : 22 jours		SEMMAR JAOUHARA	7 844,00	1 320,00	5,00	1 325,00
71903209	12/01/2022	Payé en : 22 jours		SEMMAR JAOUHARA	319,40	120,00	5,00	125,00
1	-	30/12/2021	Virement	-	650,00	520,00	34,66	554,66
2	-	20/12/2021	Virement	-	3 544,20	2 227,10	117,20	2 344,30
1	-	15/04/2021	Virement	-	2 099,60	1 443,40	5,00	1 448,40
1	-	01/03/2021	Virement	-	467,30	288,10	5,00	293,10
1	-	24/02/2021	Virement	-	1 984,00	1 663,70	0,00	1 663,70
1	-	03/12/2020	Virement	-	2 254,90	1 823,90	5,00	1 828,90
1	-	10/11/2020	Virement	-	479,00	152,00	4,00	156,00

MME SEMMAR JAOUHARA

NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES

JOULANAR HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

Royaume du Maroc



CNOPS **Scusé de Réception**



N° de Dossier :

71903191

Date et heure : 12/01/2022 10:41

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 50656

Valeur en Dirhams :

7 844,00

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR994

Nom Etablissement :