

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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

16035 par com
MAAREN FI

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

→ Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 01690 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom : MAAREN FI JAAL EDDINE

Date de naissance :

07 09 1944

Adresse : RUE ALLAL BEN ABDELLAH 7ME étage 7844

Tél. : 0664171744 Total des frais engagés : 7844 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : MAAREN FI JAAL EDDINE Age : 77 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 : RAM Le : 16 FEB. 2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

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) : HAKMI MAAREN FI
Total des frais engagés : 7844 Dhs Date de dépôt : 16-02-2022



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.

Cachet et signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلي للأدوية، إلخ...).

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

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقتنيمه الصحة وتوقيعهم وختتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المولفين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج،

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقطوبة بغير حق دون الأخلاص 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 للتعاونية.

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 زنة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

تاریخ الإيداع : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

SEMMAR JAOUHARA

N° Affiliation :

099136

N° Immatriculation :

AL 129074

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

SEMMAR JAOUHARA 7844 Dhs

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Nom et prénom :

SEMMAR JAOUHARA

Date de naissance :

14/02/1955

N° CIN :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

6011821003

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

oui non

تاريخ العمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشارة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Type de soins

Maladie* مرض *

Maternité* امومة *

Hospitalisation* إستشفاء *

Accident* حادث *

Pli confidentiel remis* :

oui non

حرر :

في :

الموعد :

الوقت :

Fait à : _____

Le : 12/01/2022

Signature de l'assuré (e)

كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : _____

Le : 09/12/2021

Signature de l'agent (e)

البيانات المذكورة أدناه

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أدناه
وأتعهد ببيان صحة المعلومات المذكورة أدناه
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement _____

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أدناه
وأتعهد ببيان صحة المعلومات المذكورة أدناه
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement _____

* ضع علامة في الخانة المناسبة

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفoter 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 style="text-align: center;">Pharmacie SAFIYA <i>Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI</i> <i>Av. Annadili Hay Riyad - Rabat</i> <i>Tel : 0537 71 34 42 - 0537 71 77 28</i></p>
	INPE : 102051620	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

عيادة طب العيون

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERBICHE NADIA
Ophthalmologiste
- 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

Rabat le : 9/12/2021
الرباط في



الدكتورة بربيش نادية
اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
- خريجة كلية الطب والعلوم الصحية ببريس
- طبيبة ملحة سابقاً بمستشفى
اوتيه ديو باريس
طبيبة اختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

Semmar - jahara .

164.00
- Thealose Eye drops -

مدة 2 في الـ

DR BERBICHE
OPHTHALMOLOGISTE
NADIA
17 RUE HAROUN ERRACHID
0537 673 531

Mme SAFIYA
GHBRI ED. KADIRI
Rue Haroun Errachid - Rabat
0537 71 34 42 - 0537 71 77 28

17, Rue Haroun Errachid Appt. 1 Agdal - Rabat - الرباط
Tél : 05 37 67 35 31 - Email : nberbiche@gmail.com

25°C

STERILE A

التاريخ أول فتح

Date de première ouverture

Théalose®

تيلالوز®

Tréhalose 3 %

Hyaluronate de sodium

0,15 %

Solution Ophthalmique

Protège, hydrate

et lubrifie la surface

oculaire

تريالوز 3 %
هيلارونات الصوديوم
0,15 %

محلول للعين

بحمي، يعيه ويزلق سطح
العين

10 ml

Sans conservateur

بدون مادة حافظة

• Théa C € 0459



3 662042 003295



VR2762C10MA8/0919



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

عيادة طب العيون

CABINET D'OPHTALMOLOGIE

Docteur BERBICHE NADIA
Ophthalmologiste

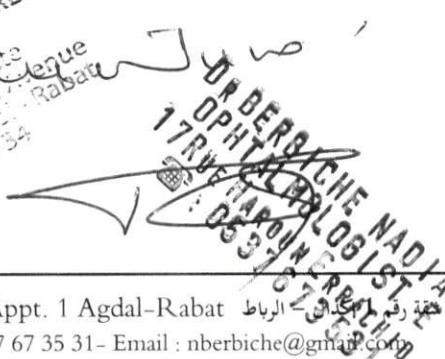
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat
- Diplômée de la Faculté de Médecine et de Sciences de la Santé de Brest
- Ancienne Attachée à L'hôpital Hotel Dieu à Paris
- Ancienne Médecin Spécialiste à L'hôpital Militaire d'instruction Mohamed V de Rabat

Rabat le : 9/12/2021



- الدكتورة بربيش نادية
اختصاصية في أمراض وحرارة العيون
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط
خريجة كلية الطب والعلوم الصحية ببرست
طبيبة ملحقة سابقاً بمستشفى
اوئل ديو باريس
طبيبة إختصاصية سابقاً بالمستشفى العسكري
محمد الخامس بالرباط

Summer Jaouher
en cours
hui
 $Odr = +2,25$
 $Og = (105^\circ + 0125) + 175$
Pré : Additif +2,50 ODL



17, زنقة هارون الرشيد، حي الماجد، 10700 الرباط
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
	Arrêté la présente facture à la somme de :	MONTANT TVA	1208,33 DHS
	SEPT MILLE DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS.	TOTAL TTC	7250,00 DHS

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 RYAD
RABAT
RABAT RP
10000

Royaume du Maroc



CNOPS - Comité 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 50655

Valeur en Dirhams : 7 844,00 Nombre de pièces : 5

Code Etablissement : Agent de réception : 5MTR994

Nom Etablissement :