

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0007989

☐ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 09098

Société : 126413

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : EDDAOUDI Ahmed

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : Hay Al Aghar Im 3 Ap 19 Tr 8/e

Sidi Benmoussi - Casablanca

Tél. : 06 57 42 48 24

Total des frais engagés : 700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Comp

Age :

Lien de parenté :

☒ 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 : Casablanca

Le : 15/08/2022

Signature de l'adhérent(e) :

### 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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](http://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.

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 التعريفية 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 وبإرجاع 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](http://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 وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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° du Tél (optionnel): 0662252419 رقم ألتاف (اختياري)

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

Nom et prénom : FETOUAKI Zouliche الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 811431 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 91312121810147 رقم التسجيل :

N° CIN : R470618 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)\*

Adresse : Hay AL Azhar Tm 3 Ap 19 to 8/2 العنوان : Sidi Bernoussi Casab Tanca

Montant des frais (Dhs) : 700.00 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : (03) عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : Fetouak Zouliche الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : ..... تاريخ الازدياد :

N° CIN : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) 091034553 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins نوع العلاجات

Plu confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ تم تقديم الظروف المغلق\* :  
Date de grossesse : ..... تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : ..... التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : ..... تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

Fait à : Casab Tanca حرر بـ :  
Le : 01/06/2018 في :  
توقيع المؤمن (ة) : .....  
Signature de l'assuré (e) : .....  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : Casab Tanca حرر بـ :  
Le : 01/06/2018 في :  
أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع وطابع الطبيب المعالج : .....  
أو المؤسسة الصحية : .....  
Cachet et Signature du Médecin traitant : .....  
148, Bd Soulane Appt 1 Salima 2  
Casa - Tél : 0522 57 00 55

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite (منع مطلقا بيع هذا المطبوع)



### 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 المفوتر Prix facturé	توقيع ومطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		</


Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، 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 : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

### Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
03/06/22 CV				450\$		
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]						
ICE# 002.32.2A.10.0000.47						
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]						
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]						



MME FETOUAKI ZOULIKHA  
HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19  
TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI  
CASABLANCA  
CASABLANCA SIDI BERNOUSSI  
20600

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

74742503

Date et heure : 13/06/2022 13:01

Nom et prénom Assuré :

FETOUAKI ZOULIKHA

Immatriculation :

93288047 / 090035932

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

FETOUAKI ZOULIKHA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams :

700,00

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE303

Nom Etablissement :



FETOUAKI ZOULIKHA

Droit Ouvert

22/02/1956 - R47068

HAY ALAZHAR IM 3 APPT 19 TRANCH 8/2 SIDIBERNOUSSI CASABLANCA SIDI BERNOUSSI ( 20600 )

CAISSE MAROCAINE DE RETRAITE

190 780 211 110 294 193 000 686

Mes ayants droits

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★☆

Accueil · Application · assure app



Ma Situation

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu

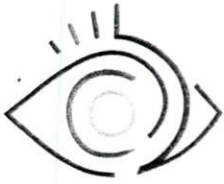
Information

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		29/07/2022	Virement	-	700,00	480,00	29,00	509,00
1		12/09/2022	Virement	-	3 260,00	1 320,00	5,00	1 325,00





**CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI**  
Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins  
Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE à PARIS

Casablanca, le 03/06/2022

Compte rendu du champ visuel  
Central 24-2 : Blanc-blanc

Chère Docteur, ESSALIM KARIMA

L'examen du champ visuel automatisé de Mme FETOUAKI ZOULIKHA âgé de 66 ans montre au niveau ODG les résultats suivants:

-OD : seuil fovéal à 37 dB,

- Une Atteinte diffuse objectivé par deux points pseudo-absolus et relatifs au niveau de l'hémichamp nasal, Et par un point pseudo-absolu et quatre points relatifs au niveau de l'hémichamp temporal, Qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est très perturbé à  $P < 5\%$ .
- Une Atteinte localisée objectivée par un point pseudo-absolu et deux points relatifs au niveau de l'hémichamp nasal, Et par un point pseudo-absolu et deux relatifs au niveau de l'hémichamp temporal, Qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé à  $P < 5\%$ .

- C : le THG est Dans les limites normales

- Baisse généralisé de la sensibilité rétinienne périphérique plus marqué au niveau de l'hémichamp nasal
- Ebauche d'un double ressaut nasal

OG : seuil fovéal à 35 dB,

- Une Atteinte diffuse objectivé par deux points absolus et cinq points relatifs au niveau de l'hémichamp nasal, Qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est perturbé à  $P < 5\%$ .
- Une Atteinte localisée objectivée par deux points relatifs au niveau de l'hémichamp nasal, Qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD dans la norme.

- C : le THG est Dans les limites normales

- Baisse généralisé de la sensibilité rétinienne périphérique plus marqué au niveau de l'hémichamp nasal

Conclusion :

OD /OG : CV dans les limites normale , cependant l'indice MD est en faveur d'un glaucome débutant , a confronter aux tests ophtalmologiques

Cordialement !

Nom: FETOUAKI ZOULIKHA

DDN: 22-02-1956

ID:

Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 03-06-2022

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:54

Pertes de fixation: 0/14

Stratégie: SITA-Standard

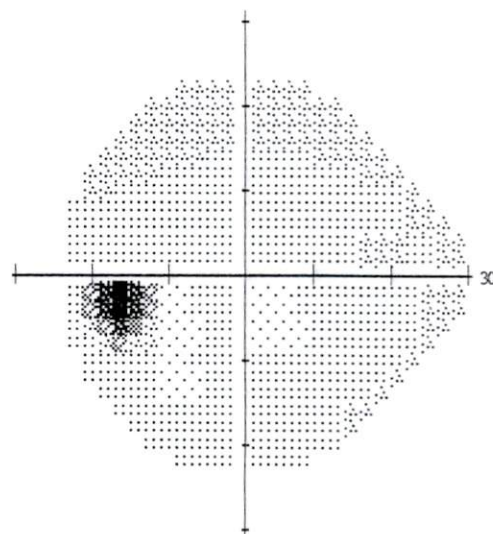
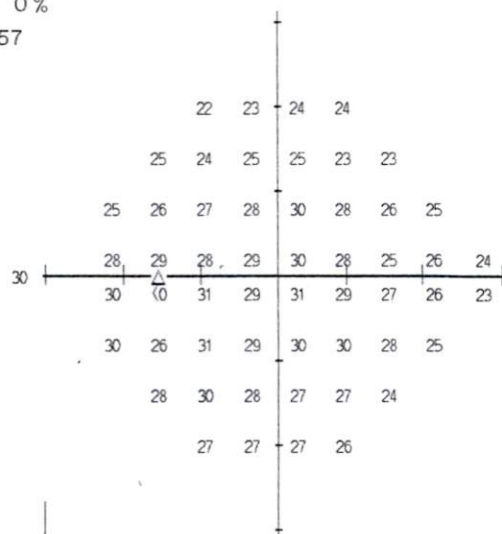
RX: +2.25 DS -0.75 DC X 170 L'âge: 66

Erreurs faux pos.: 0 %

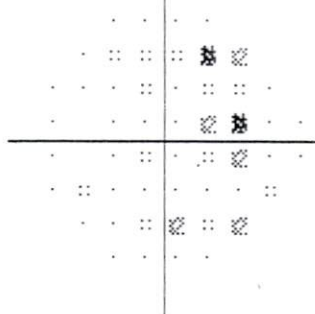
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 05:57

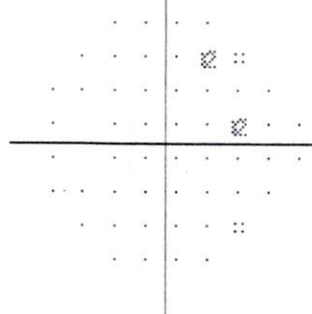
Fovéa: 35 dB



	-3	-4		-2	-2		
	-3	-4	-3	-4	-6	-5	
	-3	-3	-3	-3	-1	-3	-3
	0	-3	-2	-2	-4	-5	-3
	1	-1	-3	-1	-3	-3	-4
	1	-4	0	-2	-2	-1	-2
	-1	0	-3	-4	-3	-5	
	-2	-2	-2	-3			

Déviation  
otale

	-3	-3		-1	-2			
	-2	-3	-3	-3	-5	-5		
-3	-2	-2	-2	0	-2	-3	-3	
0		-2	-2	-2	-3	-5	-2	-2
1		0	-2	-1	-2	-3	-2	-3
1	-3	1	-2	-1	0	-2	-3	
	-1	0	-2	-3	-2	-4		
		-1	-1	-1	-2			

Déviation  
ndividuelle

THG

Dans les limites normales

MD -2.59 dB P &lt; 5%

PSD 1.50 dB

:: < 5%  
 ☒ < 2%  
 ☒ < 1%  
 ■ < 0.5%

CABINET D ORTHOPTIE  
 MERIEM RICHI  
 593.BD IDRIS EL HARTI  
 TEL:0522372666



## Test de seuil central 24-2

Contrôle de fixation: Suivi regard/T.A.

Stimulus: III, Blanc

Diamètre de la pupille:

Date: 03-06-2022

Cible de fixation: Central

Fond: 31.5 ASB

Acuité visuelle:

Heure: 11:38

Pertes de fixation: 2/12

Stratégie: SITA-Standard

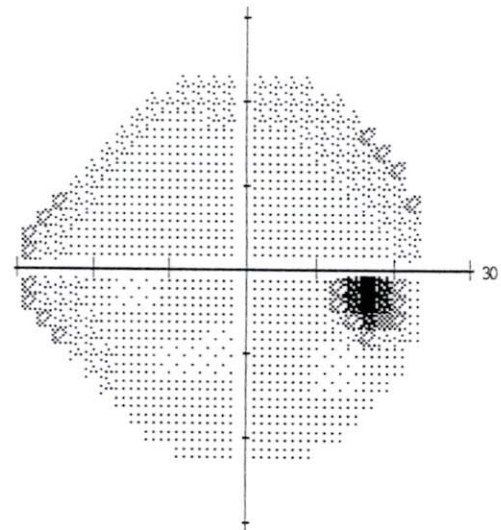
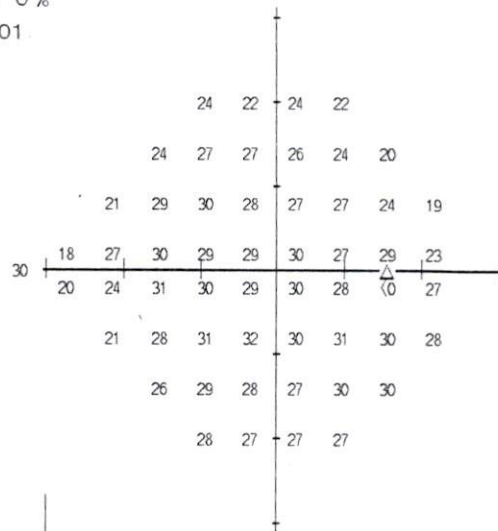
RX: +2.25 DS -0.75 DC X 170 L'âge: 66

Erreurs faux pos.: 0 %

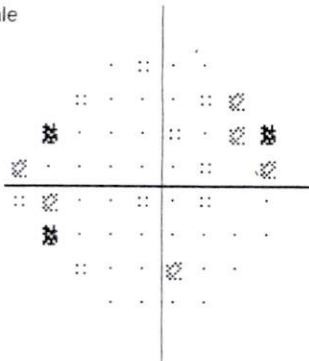
Erreurs faux nég.: 0 %

Durée du test: 06:01

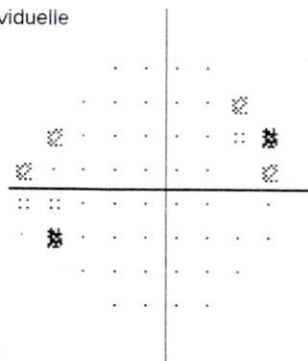
Fovéa: 37 dB



			-2	-5	-2	-4		
		-4	-2	-2	-3	-4	-7	
	-7	0	-1	-2	-3	-3	-5	-9
-8	-2	-1	-2	-3	-2	-4		-6
-6	-5	0	-2	-3	-2	-3		-3
	-7	-2	0	0	-1	0	0	-2
		-4	-1	-2	-4	0	0	
			-1	-2	-2	-2		

Déviation  
otale

			-2	-5		-1	-4		
		-4	-1	-2		-2	-4	-7	
	-7	0	0	-2		-3	-2	-4	-9
-8	-1	0	-2	-2		-1	-3		-6
-6	-4	0	-1	-3		-1	-3		-2
	-7	-2	0	1		-1	1	0	-1
		-3	-1	-2		-4	0	1	
			0	-2		-2	-1		

Déviation  
ndividuelle

:: < 5%  
 ☒ < 2%  
 ☒ < 1%  
 ■ < 0.5%

THG

Dans les limites normales

MD -2.44 dB P &lt; 5%

PSD 2.14 dB P &lt; 5%

CABINET D ORTHOPTIE  
 MERIEM RICHI  
 593.BD IDRIS EL HARTI  
 TEL:0522372666







**CABINET D'ORTHOPTIE Mme MERIEM RICHI**  
Orthoptiste et coordinatrice de parcours de soins  
Diplômée de l'ISPITS et de la faculté de médecine la SORBONNE PARIS

FACTURE 001627

NOM FETOUAKI DATE NAISSANCE 22/02/1956  
PRENOM ZOULIKHA ADRESSE CASABLANCA  
TELEPHONE 06 62 25 24 19

DATE CONSULTATION	EXAMEN	PRIX
03/06/2022	CHAMP VISUEL	450

Le montant de la facture présente est arrêté 450 DH

Dr. ESSALIME KARIMA

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



الدكتورة الساليم كريمه

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

01/06/2022

Mme Fetouki Zouarka

- HTO limite OG avec exsuvation  
à 7/10e.

⇒ Faire EV automatisée ODC  
(Site Standard)

Dr. ESSALIME KARIMA  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane App 1 Salmia 2  
Cas2 - Tél : 0522 57 00 55

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55



**Dr. ESSALIME KARIMA**

Spécialiste de la chirurgie et  
des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte - Angiographie & Laser  
Lentilles de contact



**الدكتورة الساليم كريمة**

اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
جراحة المياه البيضاء ( الجلالة ) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية و الليزر  
العدسات اللاصقة

01 juin 2022

**Mme FETOUAKI Zoulikha**

Monture + verres correcteurs progressifs  
Organiques Antireflets, Amincis

VL : OD = (-0.75 à 170)

OG = (-0.75 à 170)

VP : ODG = Add : + 2.25

**Dr. ESSALIME KARIMA**  
Ophtalmologue  
146, Bd Joulane Apt 1 Salmia  
Casa - Tél : 0522 57 00 57

146, Boulevard Joulane, Appartement 1, 1er Etg - Salmia 2 - Casablanca. GSM: 06 67 66 89 60  
146, شارع الجولان، شقة رقم 1، الطابق الأول - السالمية 2، الهاتف : 05 22 57 00 55