

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

- 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.

Déclaration de Maladie



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

N° W21-728345
134114 SN

Maladie
 Dentaire
 Optique
 Autres

Matricule : 7368
Société : RAM

Actif
 Pensionné(e)
 Autre :

Nom & Prénom : OUALIAM HOUSSNI
Date de naissance : 04-10-67

Adresse : 23 LTS. HAJ FATEH CHABANET
Tél. : 0668863944
Total des frais engagés : Complément

Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Agé :

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 : Le :

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

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 les praticiens 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 votre mutuelle 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 وكل حادث.

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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى العلاجية التي تنتهي إليها 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 تعيين المبالغ المصرفة 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، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع و طابع التماضية	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Téléphone :	

CNOPS

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE SOCIALE

Ref ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : CL RMANI A.R.A رقم الإنخراط :

N° Affiliation : 2943 69 رقم التسجيل :

N° Immatriculation : 43658243 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : 80572847 علاقه القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : RP 93 426 Cea 104 ouc fa

Cariblau 50 60, 60

Montant des frais (Dhs) : 630, 60

Nombre de pièces jointes : 1

Declaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : CL RMANI A.R.A

Nom et prénom : CL RMANI A.R.A

Date de naissance : 08/06/1971

N° CIN : 80572847

Sexe* : M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP : 0908827

Type de soins

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité * أمومة * Date de grossesse :

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement :

Accident * حادث * Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : 07/09/2022 في : 08/08/2022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

ف.د. 08/08/2022

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

استعلم الخاتمة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عمليات الاحياء، الأشعة و الصو

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

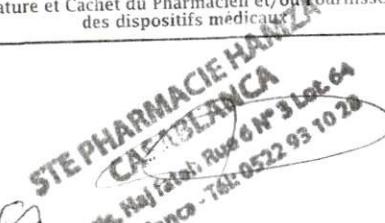
description des actes effectués

وصف العمليات المحركة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/08/22	380,60	  INP: 092030261

INP: 09203061

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
des dispositifs médicaux

العمليات المساعدية الطبيعية

Actes Paramédicaux



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 2

PAYÉ

RETOUR POUR COMPLÉMENT 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2			2 838,60	1 611,82	405,78	2 017,60
	05/09/2022	EL RHANIAOUI MARIA	2 208,00	1 476,00	369,00	1 845,00
	05/09/2022	EL RHANIAOUI MARIA	630,60	135,82	36,78	172,60

Application Mobile : SMART CNOPS Assuré Télécharger



Docteur Karim NAYME

Ophtalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux

Chirurgie de cataracte - Glaucome

Chirurgie réfractive - Traitement du Kératocône

Oeil et diabète

Adaptation en lentilles de contact

Pathologie vitréo-rétinienne

Chirurgies des paupières et des voies lacrymales



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض و جراحة العيون

جراحة الملاحة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

casablanca

Le 08 août 2022

22/08/2022 Mme EL RHANJAoui Maria

Euro médic

Distributeur Exclusif

OPHTALM FUSION

PPC : 179,00 DH TTC

Euro médic

Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

1 goutte 5 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 3 Mois

1 goutte 4 fois par jour pendant 7 jours
1 goutte 3 fois par jour pendant 7 jours
1 goutte 2 fois par jour pendant 7 jours
1 goutte 1 fois par jour pendant 7 jours, dans les deux yeux



380,60
STEPHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hajj en Rue 6 N° 3 Lot. 64
Casablanca. Tél: 0522 93 10 28

Prise de RDV par téléphone

5, Bd Abdelhadi Boutaleb (ex Rte d'Azemour) Lot. Nassim Casablanca

5، شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزمور سابقا) جزئية النسيم البيضاء

📞 + 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

✉ karim.nayme@gmail.com 🌐 Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

