

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.

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° W21-728345

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 ولكل حدث.

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 المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا 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 وطابع التعااضدية

Identification de l'agent

تاريخ الإيداع

03 SEP 2022

CNOPS

FEUILLE DE SOINS

Ref ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL RMANAN NARIA

N° Affiliation : 294369

N° Immatriculation : 43658243

N° CIN : BC 572847

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : BP 93 424 Casa

Montant des frais (Dhs) : 632,62

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : EL RMANAN NARIA

Nom et prénom : EL RMANAN NARIA

Date de naissance : 03/06/1971

N° CIN : BC 572847

Sexe* : M F

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 09M88227

Type de soins

Maladie * مرض

Maternité * أمومة

Hospitalisation * استشفاء

Accident * حادث

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 08/09/2022

في : 08/09/2022

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعا كلياً بيع هذا المطبوع

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

وصف العمليات المجرة

[illegible]


عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux

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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP. [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/08/22	380,60	
INP: 09203267		
INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		

[Ma Situation](#)[Remboursements](#)[Prises en charge](#)[Immatriculation](#)[Menu](#)

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](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 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
76068234	05/09/2022	EL RHANJAOUI MARIA	2 208,00	1 476,00	369,00	1 845,00
76068277	05/09/2022	EL RHANJAOUI MARIA	630,60	135,82	36,78	172,60

Application Mobile : SMART CNOP[®] Assuré Télécharger

★★★★★

O.M.F.A.M

05 OCT. 2022

Arrivée HAY HASSANI

[Assurés](#) | [Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

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 الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي و الشبكة

جراحة الجفون و مسالك الدموع

Casablanca

Le 08 août 2022

Mme EL RHANJAOUI Maria

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

Euro médic
Distributeur Exclusif

PPC : 179,00 DH TTC

OPTIVE FUSION

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



STE PHARMACIE HAMZA
CASABLANCA
Lot. Hajj - 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 أزموور سابقا) جزيرة النسيم البيضاء

+ 212 522 36 60 79 / 06 43 08 22 95

© karim.nayme@gmail.com Cabinet ophtalmologie Dr nayme karim

