

# 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.

Maladie       Dentaire

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **03569** Société : **RAM**  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : **DIAMANE MOSTAFA**  
 Date de naissance : **1955**  
 Adresse : **lot El Othmania n°6e sidi Maarouf Casa**  
 Tél. : **06 68 18 09 44** Total des frais engagés : **500,00 Dhs**

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : **EL HARRAMI NAJIMA** Age: **1956**

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 : **Casa** Le : **13 / 03 / 2023**

Signature de l'adhérent(e) : .....



Instructions à suivre

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.

Cachet et signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج تحليق الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریخ كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : EL HARRAMI NAIMA

نомер الانخراط : 133395

رقم التسجيل : 032405840

رقم بطاقة التعريف الوطنية : L131396

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Joint conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : LOT EL OTHMANIA N° 62 SIDI MAROUF  
Casa -

Montant des frais (Dhs) : 500,55

Nombre de pièces jointes : 02

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

El Harrami Naima

Date de naissance :

07/03/1956

N° CIN :

4131396

Sexe\* :

M ♂ ذكر ○ F ♀ أنثى ✕

Identification du médecin traitant

N° INP

0911M 8349

Type de soins

Maladie \* ○ مرض \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Maternité \* ○ أمومة \*

Date de grossesse :

Hospitalisation \* ○ استشفاء \*

Date d'hospitalisation :

Accident \* ○ حادث \*

Date d'accident :

Causes :

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

Fait à : Cesca

حرر : ..... في : .....

le : 01/2023

(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.

Fait à : Cesca

حرر : ..... في : .....

le : 21/11/2023

(توقيع الطبيب المعالج و/أو المنسق الطبي)  
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

صف العمليات المعاقة

#### **description des actes effectués**

CIM - 10

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المقدمة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	المن المقوّى Prix facturé	توقيع و طابع الصيادي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

INP :

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">  </span>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Royaume du Maroc



Date d'édition : 13/01/2023 10:49:46

MME EL HARRAMI NAJIMA  
ETS TARIK IBNOU ZIAD 3.69

CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 78567746 Date et heure : 13/01/2023 10:49

Nom et prénom Assuré : EL HARRAMI NAJIMA

Immatriculation : 93405840 / 090080407

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA / 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams : 500,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :



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

💡 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	-	02/03/2023	Virement	-	500,00 ✓	120,00	5,00	125,00 ✓
1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40	198,00	13,20	211,20
1	-	30/10/2022	Virement	-	766,60	331,62	23,99	355,61
1	-	23/03/2022	Virement	-	5 098,60	2 268,76	437,61	2 706,37
1	-	01/03/2022	Virement	-	600,00	350,00	50,00	400,00



# CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

Docteur Nezha MIYARA    Docteur Abderrahmane RAISS  
Lauréats de l'Université Libre de Bruxelles

Dr. Abderrahmane RAISS

Chirurgie de la Cataracte par Phacoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme, Hypermétropie,

(Presbytie Laser, Implant)

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصبة العصب البصري

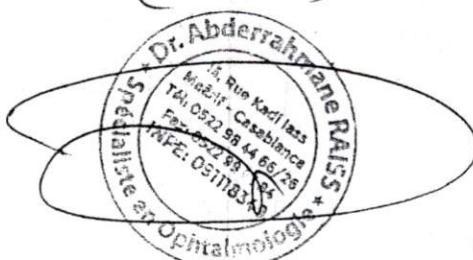
Reçu de caisse N° : 281474976740756

Casablanca, le .....

rajae

Identifiant patient	Nom du patient	Date encaissement
PT221116102003	EL HARRAMI Najima	21/11/2022

Mode Règlement	Motif / Référence de paiement	Montant Dhs
Espèce	cs spécialisée dr raiss	500,00
Reçu établi par :	Topographe (ANADIN) 500,00	



15, Rue Kadi Iass - Mâarif - 20100 Casablanca - **Tél.** : 05 22 98 44 66 / 26 - **Fax** : 05 22 99 01 84

E-mail : drraiss@ophtalmologie-maroc.com - Web : www.ophtalmologie-maroc.com

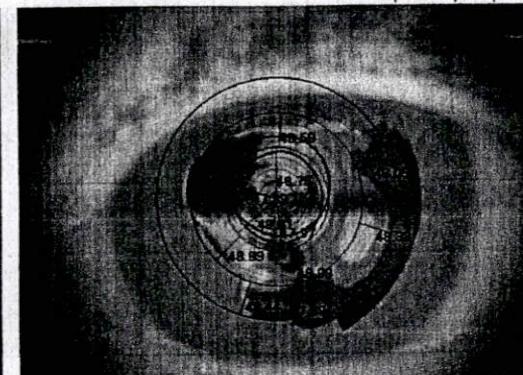
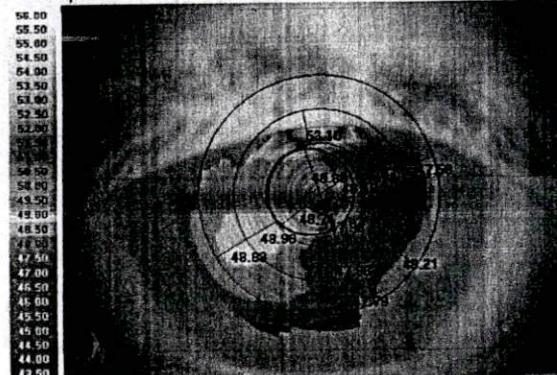
Prise rendez-vous par E-mail : contact@ophtalmologie-maroc.com - ICE : 001602596000056

Patient : EL HARRAMI NAJIMA  
 Patient ID : EN  
 Date de Naissance: 07/03/1956  
 (jj/mm/aaaa)

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE  
 Date Examen : 21/11/2022 - 10:09  
 (jj/mm/aaaa)

**OD**

Phakique



D

Carte Normalisée

D

#### Synthèse des mesures

AL	20.64mm	K1	48.47D	0°	AL	20.36mm	K1	48.19D	143°
ACD	3.05mm	K2	48.47D	90°	ACD	---mm	K2	48.49D	53°
LT	4.02mm	CCT	0.519mm		LT	---mm	CCT	0.528mm	
WTW	10.51mm	Dec	(-0.20, -1.37)		WTW	10.56mm	Dec	(0.53, -0.56)	

#### Index Kérato-réfractifs

CYL 3 mm 0.00 D	Ax: 90°	CYL 3 mm 0.00 D	Ax: 90°
CYL 5 mm 1.80 D	Ax: 93°	CYL 5 mm 0.67 D	Ax: 56°

SD	SAI	e	Kc	SD	SAI	e	Kc
2.05 D	0.68 D	-0.75	48.38	0.75 D	0.29 D	-0.22	48.52

#### Criblage du kératocône

AK	AGC	SI	p	AK	AGC	SI	p
55.69 D	0.78 D/mm	-2.71 D	23%	51.58 D	1.30 D/mm	-0.03 D	10%

#### Pupille

Photo: Diamètre 2.53 mm	Dec (-0.28, 0.08)mm	Photo: Diamètre 2.59 mm	Dec (0.05, 0.04)mm
Meso: Diamètre	Dec	Meso: Diamètre	Dec

#### Zernike Analysis 5 mm

Mappe d'Aberrations



Coma



Ab. Sphér.



Mappe d'Aberrations



Coma



Ab. Sphér.



Mer 22/02/23 at 8h30  
Laserrag



Accusé de Reception



78567746 Date et heure : 13/01/2023 10:49

EL HARRAM NAJIMA

93405840 A 030000407

EL HARRAM NAJIMA

FEUILLE DE SOUS

CASA SIEGE 90136

50000000 Nombre de pages : 2

Agent de réception : 9MGE072