

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.

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

COMPET

Déclaration de Maladie

M22- 0010623

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03569

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA

Date de naissance : 1955

Adresse : Casa lot El othmania n°62 Sidi Maarouf

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 : 1916

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور 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 التعاوضية

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
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **EL HARRAMI NATIMA** الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **133395** رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **032405840** رقم التسجيل :
N° CIN : **L13A1396** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ العنوان :
Adresse : **LOT ELOTHMANIA N° 62 SADI MAAROUF**
Casa

Montant des frais (Dhs) : **500,00** مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **02** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **El Harrami Natima** المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **El Harrami Natima** الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **07/03/1956** تاريخ الزيداد :
N° CIN : **L13A1396** رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** ذكر ☐ أنثى ☒ F

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091118349** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie * ☐ مرض * Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق :
Date de grossesse : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : تاريخ الحادث :
Accident * ☐ حادث * Causes : أسباب الحادث :

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

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **Casa** حرر بـ :
le : **01/2023** في :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

Fait à : **Casa** حرر بـ :
le : **01/2023** في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من يمثله
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



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

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ▶ Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆



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 الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصور البصر (الليزر - الزرع)

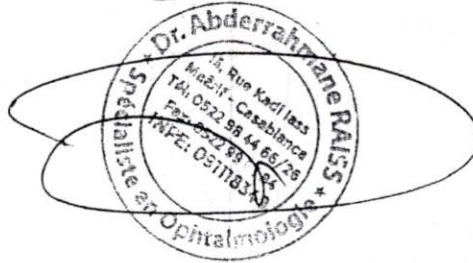
Reçu de caisse N° : 281474976740756

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
	Topographie	
Reçu établi par :	Total payé (AADDIN)	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

Chirurgien : RAISS ABDERRAHMANE

Patient ID : EN

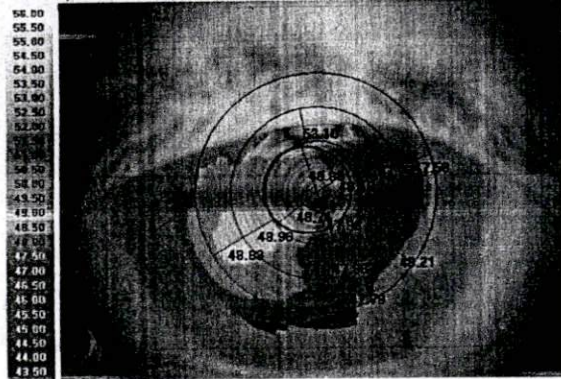
Date Examen : 21/11/2022 - 10:09

Date de Naissance: 07/03/1956

(jj/mm/aaaa)

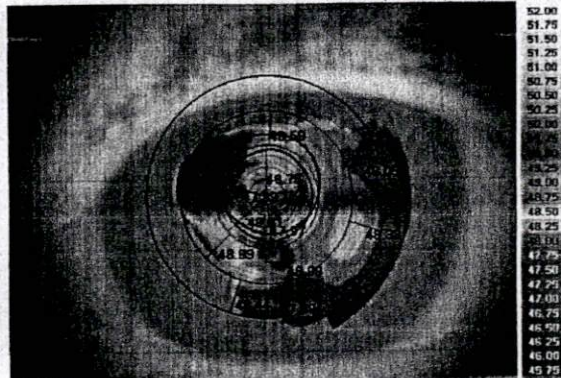
OD

Phakique



OS

Pseudophakique (Inconnu)



D																Carte Normalisée																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 1 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 2.93 mm Dec (0.06, 0.39)mm																																															
Zernike Analysis 5 mm																																																															
Mappe d'Aberrations								Coma								Ab. Sphér.								Mappe d'Aberrations								Coma								Ab. Sphér.																							
rms 2.60 µm								rms 1.16 µm								rms 0.83 µm								rms 0.60 µm								rms 0.17 µm								rms 0.24 µm																							

Mer 22/02/23 a 8h30
laserna



Accusé de Réception



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

EL HARRAMINAUM

93405840 / 090080407

EL HARRAMINAUM

/ 01

FEUILLE DE SOUS

CASA SIEGE 00135

500.00

Nombre de pièces : 2

Agent de réception : 9MGE072