

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-798999

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7368 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : OUAKKADI HOUSNI

Date de naissance : 04/10/1967

Adresse : 23 LTS HAS FAICH OULFA

CASABLANCA

Tél. : 0668863944 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL RHANJADJI MARIA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : COMPLEMENT

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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 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.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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 التعريفة 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 وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Artive Hay Hassani

17 FEB. 2023

O.M.F.A.M

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: / / : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 0662 08 12 17
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **EL RYAN TARI** **MARIA**
Nom et prénom:

رقم الانخراط: **294369**
N° Affiliation:

رقم التسجيل: **43168993**
N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **18652284**
N° CIN:

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

العنوان: **Bp 93424 Casablanca**
Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **250 DH**
Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: **2**
Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: **EL RYAN TARI** **MARIA**
Nom et prénom:

تاريخ الإزدياد: **01/01/1988**
Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **18652284**
N° CIN:

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج: **0811888888**
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE):

نوع العلاجات: **oui**
Type de soins: Admission ALD* ☐ non ☒

قبول المرض المزمن: **oui**
Admission ALD*:

رقم ملف المرض المزمن: **0522-36-60-79**
N° dossier ALD*:

رقم المرض المزمن: **0522-36-60-79**
Code ALD:

تم تقديم الطرف المغلق: **oui**
Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* ☒ Plu confidentiel remis* ☐ non ☒

تاريخ الاستشفاء: **0522-36-60-79**
Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☒ Date d'hospitalisation:

حرر بـ: **36/02/2023**
Fait à: / /

في: **36/02/2023**
Le: / /

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature du médecin traitant

Lot Nassim, Lot N°5 Route d'Azemmour - Casablanca
Tél: 0522-36-60-79

* Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جِرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		<p>STE PHARMACIA CASABLANCA Lett. Haj fatch Rue 6 N° 3 Lot Casablanca - Tél: 0522 93 10 28</p>
	<p>INP: <u>109120120267</u></p>	
	<p>INP: <u> </u></p>	
	<p>INP: <u> </u></p>	

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 : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

عمليات المساعدين الطبيين

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 : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Docteur Karim NAYME

Ophthalmologiste

Maladies et chirurgie des yeux



الدكتور كريم النعيم

طبيب العيون

أمراض وجراحة العيون

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

جراحة الجلالة داء الزرق

تصحيح البصر بالليزر

إصابة العين بداء السكري

العدسات اللاصقة الطبية

أمراض السائل الزجاجي والشبكية

جراحة الجفون ومسالك الدموع

Casablanca / Le 26 décembre 2022

Mme EL RHANJAOUI Maria



COLLYRE 0.15%

129,90

1 goutte x 3 par jour, dans les deux yeux, pendant 2 Mois



FLUCON. COLLYRE

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

2260

Dr. NAYME Karim
Ophthalmologiste
Lot. Nassim - Casablanca -
tel: 06 22 36 60 79 / 06 43 08 22 95

Prise de RDV par téléphone

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

5, شارع عبد الهادي بوطالب (طريق أزموور سابقا) جزئنة النسيم البيضاء

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

@ karim.nayme@gmail.com @ Cabinet ophthalmologie Dr.nayme.karim

Accueil > Application > assure app

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 L'IMPLEMNT 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2			1 150,00	648,00	118,00	266,00
79256954	17/02/2023	EL RHANJAOUI MARIA	250,00	120,00	30,00	150,00
79257079	17/02/2023	EL RHANJAOUI MARIA	900,00	528,00	88,00	616,00

Application Mobile : SMART - Télécharger

☆☆☆☆