

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

Complément
Déclaration de Maladie

M22- 0010622

168603

☐ 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 :

18/07/1955

Adresse :

lot El othmania n°62 Sidi Maamar
Casa

Tél. :

0666180944

Total des frais engagés :

5137,-

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

17/07/2023

Nom et prénom du malade :

Najima EL FARRAM 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 :

15/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

fel

MME EL HARRAMI NAJIMA
LOT ELOTMANIA N62 SIDI MAAR

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



DUF

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

81003860

Date et heure : 22/05/2023 13:06

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 DIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

5.137,00

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE244

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

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

① 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
- 2	-	28/06/2023	Virement	-	5 437,00	1 264,00	3,00	1 267,00
81003860	22/05/2023	Payé en : 37 jours		EL HARRAMI NAJIMA	5 137,00	1 200,00	0,00	1 200,00
81003831	22/05/2023	Payé en : 37 jours		EL HARRAMI NAJIMA	300,00	64,00	3,00	67,00
1	-	01/06/2023	Virement	-	1 658,00	680,60	89,28	769,88
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 000,00	400,00	50,00	450,00
1	-	22/03/2023	Virement	-	3 347,50	1 739,25	402,44	2 141,69
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

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 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 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 طبقا للمساطر القانونية.

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



GSM 06 66 18 09 44

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 (لها)

Nom et prénom : EL HARRAMI NAJIMA : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 133395 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 032/405840 : رقم التسجيل

N° CIN : L 131396 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : Lot EL OTHMANIA N° 62 SIDI MAAROUF CASABLANCA : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 5137,00 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 03 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL HARRAMI NAJIMA : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 07/03/1956 : تاريخ الازدياد

N° CIN : L 131396 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تحريف الطبيب المعالج

N° INP : 09/11/183149 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie * ☒ مرض : Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☒ Non

Maternité * ☐ أمومة : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * ☐ استشفاء : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * ☐ حادث : تاريخ الاستشفاء :

Causes : تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca : حارب :

le : 02/04/2023 : في :

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
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 الشانة *

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيدع :



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 Pharcoémulsification
Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 158,00 DH

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 158,00 DH

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 158,00 DH

Cationorm
Multi
Emulsion
Ophtalmique
PPC 158,00 DH

Mme EL HARRAMI Najima

(158,00 x 4) → 632,00
CATIONORM collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 4 Mois

(205,00 x 5) → 1025,00
GEL iarmes

1 application par jour, pendant 5 Mois

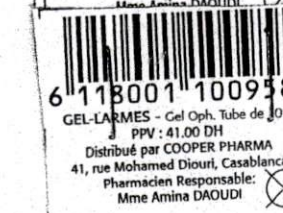
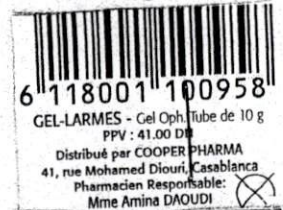
837,00



الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون
جراحة المياه البيضاء (الجلالة)
علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

27 mars 2023





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 Pharcoémulsification

Chirurgie de la Myopie, Astigmatisme
Hypermétropie, Presbytie (Laser - Implant)

الدكتور الرايس عبد الرحمان

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

27 mars 2023

Mme EL HARRAMI Najima

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets, Antireflets multi-couches

Vision de loin :

OD = + 3.25 (+ 0.50 à 15°)

OG = + 2.50 (+ 0.25 à 50°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75





X-optic : 6, Bd. Aboubakr el Kadiri
(Rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf,
Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 78 01 01
Mobile: 06 60 13 49 55
INPE: 095018438
IF: 15182364
RC: 308097
ICE: 000011825000049
TP: 34092157

Facture

Casablanca, le :

Mr/Mme :

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :	Optique	15.000,00	1
Verres :	Progressifs organique		
VL:	Antireflets Amincis		
OD:	+3.25 (+0.50 à 15)	14.000,00	1
OG:	+2.50 (+0.25 à 50)	14.000,00	1
VP:	Add: +2.75		
OD:			
OG:			
Totale:		4.300,00	D.H

Arrêtée la présente Facture à la somme de : quatre Mille

et trois cents dirhams



Payé Par espèce