

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

M22- 0010622

168 603

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 03569

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DIAMANE MOSTAFA

Date de naissance : 18 /07/1955

Adresse : lot El othmania n° 62 Sidi Maanouf

Tél. : 0666180944 Total des frais engagés : 5137,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Najima EL fARRAH Age : 48

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 :

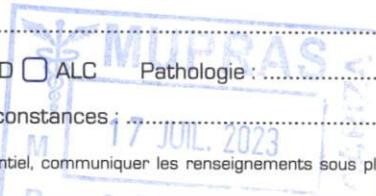
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : El Jadida Le : 13 /07/2023

Signature de l'adhérent(e) : Najima El Farrah

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019



IMME EL HARRAMI NAJIMA
 LOT FLOTMANIA N62 SIDI MAAR
 OUF
 CASABLANCA
 CASABLANCA CENTRE DE TRI
 20000

Royaume du Maroc



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
	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

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الثبوتية 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 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، سيتعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التأمينية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الإيداع :



GSM 06 66 18 09 44

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرضى

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau : N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

EL HARRAMI NAJIMA

133395

032405840

L131396

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

العنوان : Lot EL OTHMANIA № 69 SIDI MAAROUF
CASABLANCA

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : EL HARRAMI NAJIMA

07031956

L131396

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ○ ذكر ○ F ○ أنثى X

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Identification du médecin traitant

N° INP

0911183149

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* :

Oui ○ Non ○

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

.....

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

.....

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

.....

Fait à :

Date d'accident :

.....

le :

Causes :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

حد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عبدالله المساعد الدين الطيبين

Actes Paramédicaux



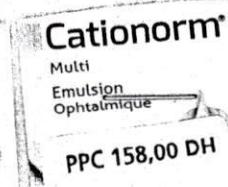
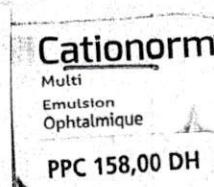
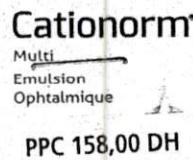
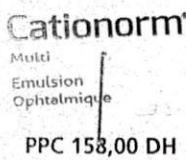
CENTRE D'OPHTALMOLOGIE DE CASABLANCA

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)



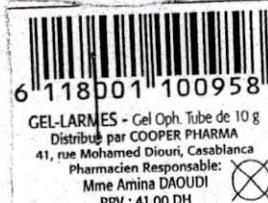
الدكتور الرئيس عبد الرحمن

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

جراحة المياه البيضاء (الجلالة)

علاج قصر البصر بالليزر أو العدسة

27 mars 2023



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

(4x100 x 5) = 205,00

GEL larmes

1 application par jour , pendant 5 Mois

837,00





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

الدكتور الرئيس عبد الرحمن

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 011392

Casablanca, le : 22/04/2023

Mr/Mme : EL HARRAMI NAJIMA

N° de Nomenclature :

Docteur :

Monture :	Optique	15.000,-	A
Verres : Progressifs organique			
VL: Antireflets Années			
OD: +3,25 (+0,50 à 15)	14.000,-	A	
OG: +2,50 (+0,25 à 50)	14.000,-	A	
VP: Add. +2,75			
OD:			
OG:			
Total:	4.300,-	D.H	

Arrêtée la présente Facture à la somme de : quatre Mille

5 mille cent dinars



Payé Par espèce