

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



Déclaration de Maladie

M23-0027566

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10534 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ERRADE Mounir
Date de naissance : 12-12-1977
Adresse : Mère A.
Tél. : 0666247279 Total des frais engagés : 193650 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : ELASRI SAMIRA 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 : Casablanca Le : 05/02/2024
Signature de l'adhérent(e) :



البيان الدوري لتعويضات التأمين
الصحي الإجباري

Relevé périodique des prestations AMO

مديرية التأمين
الصحي الإجباري

Direction de l'Assurance
Maladie Obligatoire
Réf. : 610-2-06 : مرجع رقم

Emis à : CASABLANCA : أصدر ب
Le : 16/01/2024 : بتاريخ

Page 1 / 1 الصفحة

N° d'immatriculation	186767583	رقم التسجيل	ELASRI SAMIRA
Règlements de la période		أداءات الفترة	
du : 16/01/2024	من		
au : 16/01/2024	إلى		

Veillez trouver ci-dessous une récapitulation des prestations AMO dont vous avez bénéficié au de la période précitée.

تجدون أدناه مجمل تعويضات التأمين الصحي الإجباري التي استفدت منها خلال الفترة المشار إليها أعلاه.

رقم الملف	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريفية المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	تاريخ إرسال الأداء	مبلغ التعويض
Numéro de dossier	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de rembour- sement	Taux de rembour- sement %	Date d'envoi du paiement	Montant remboursé
ELASRI SAMIRA											
144559080	11/11/2023	D234	OPHTALMOLOGIE	200,00	247,50	11.00	1,00	247,50	70,00	16/01/2024	140,00
144559080	11/11/2023	D223	OPHTALMOLOGIE	600,00	292,50	13.00	1,00	292,50	70,00	16/01/2024	204,75
144559080	11/11/2023	CS	OPHTALMOLOGIE	150,00	150,00	1.00	1,00	150,00	70,00	16/01/2024	105,00
Total remboursé مجموع مبلغ التعويض											449,75
Total général remboursé مبلغ التعويض الاجمالي											449,75

- Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Pour plus d'informations :

merci de visiter notre site Web
ou le portail des assurés
ou l'application mobile
ou appeler notre serveur vocal au numéro
ou contacter notre centre d'appel ALLO DAMANE aux numéros

www.cnss.ma
www.cnss.ma/Portail/
« Ma CNSS »
080 20 30 100
080 203 3333 / 080 200 7200

للمزيد من المعلومات:

يرجى زيارة موقعنا الإلكتروني
أو البوابة الإلكترونية للمؤمن لهم
أو تطبيق الهاتف
أو الاتصال بالمجيب الآلي على الرقم
أو الاتصال بمركز الاتصال أو الضمان على الأرقام

CENTRE D'OK

D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME N. EL ANANE F. EL ALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



NOM ET PRENOM:

EL ALI SOMAIA

DATE :

10/11/2023

POUR LE DOCTEUR :

M. EL ANANE

- ☐ ELECTORÉTINOGRAMME (MULTIFOCAL)
- ☐ POTENTIELS ÉVOQUÉS VISUELS
- ☐ ELECTRO OCULOGRAMME
- ☒ CHAMP VISUEL AUTOMATIQUE (HUMPHREY)
- ☒ CHAMP VISUEL GOLDMAN
- ☐ VISION DES COULEURS

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa, Le 11/11/2023

Mme EL ASRI SAMIRA

Cher Docteur,

→ L'examen du champ visuel automatisé montre au niveau ODG:
- Central 30-2 : A/C

OD: Seuil fovéal (34) dB.

Les indices globaux de la déviation totale et individuelle sont normaux.

C/C : Le CV et le THG sont dans les limites normales.

OG: Seuil fovéal (25) dB.

Atteinte diffuse de la quasi-totalité du CV avec épargne de quelques points para-centraux et périphériques dans le cadran inféro-nasal, qui se traduit par le schéma de déviation totale et l'indice MD qui est perturbé à $P < 0.5\%$.

Atteinte localisée de la quasi-totalité du CV du côté temporal avec épargne de deux points périphériques, des points absolus et pseudo-absolus dans le CV du côté nasal surtout supérieur, qui se traduit par le schéma de déviation individuelle et l'indice PSD qui est perturbé à $P < 0.5\%$.

C/C : Le CV et le THG sont hors limites normales.

Amputation du CV du côté temporal, reste quelques points vus dans le cadran inféro-temporal de sensibilité rétinienne diminuée.

Un déficit profond, assez profond et relatif, para-central et périphérique dans le cadran supéro-nasal.

Des déficits relatifs, para-centraux et périphériques dans le cadran inféro-nasal.

→ L'examen du CV Goldman montre au niveau ODG :

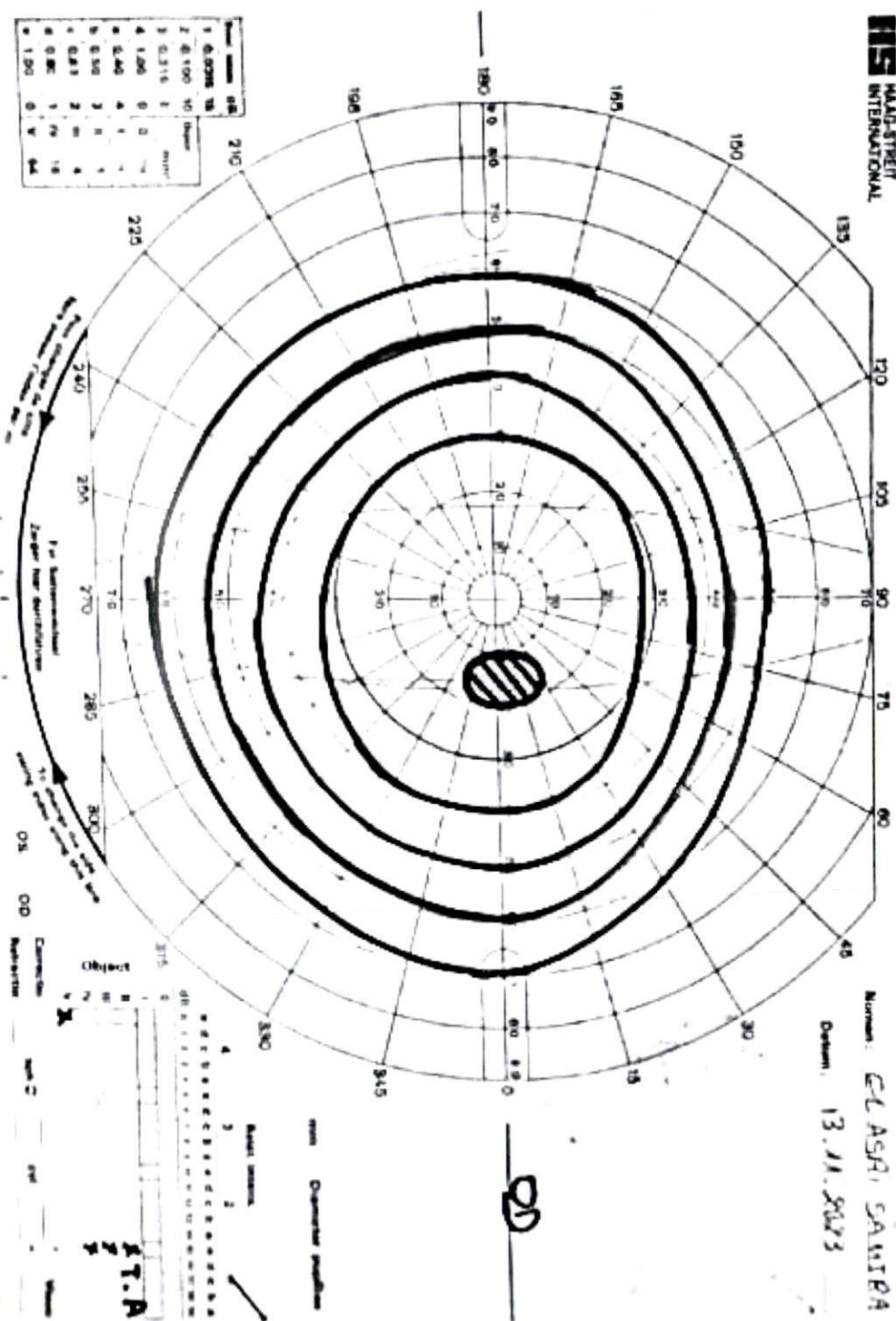
OD : CV normal.

OG : Rétrécissement du CV central IIII et para-central IVI avec exclusion de la papille du IVI

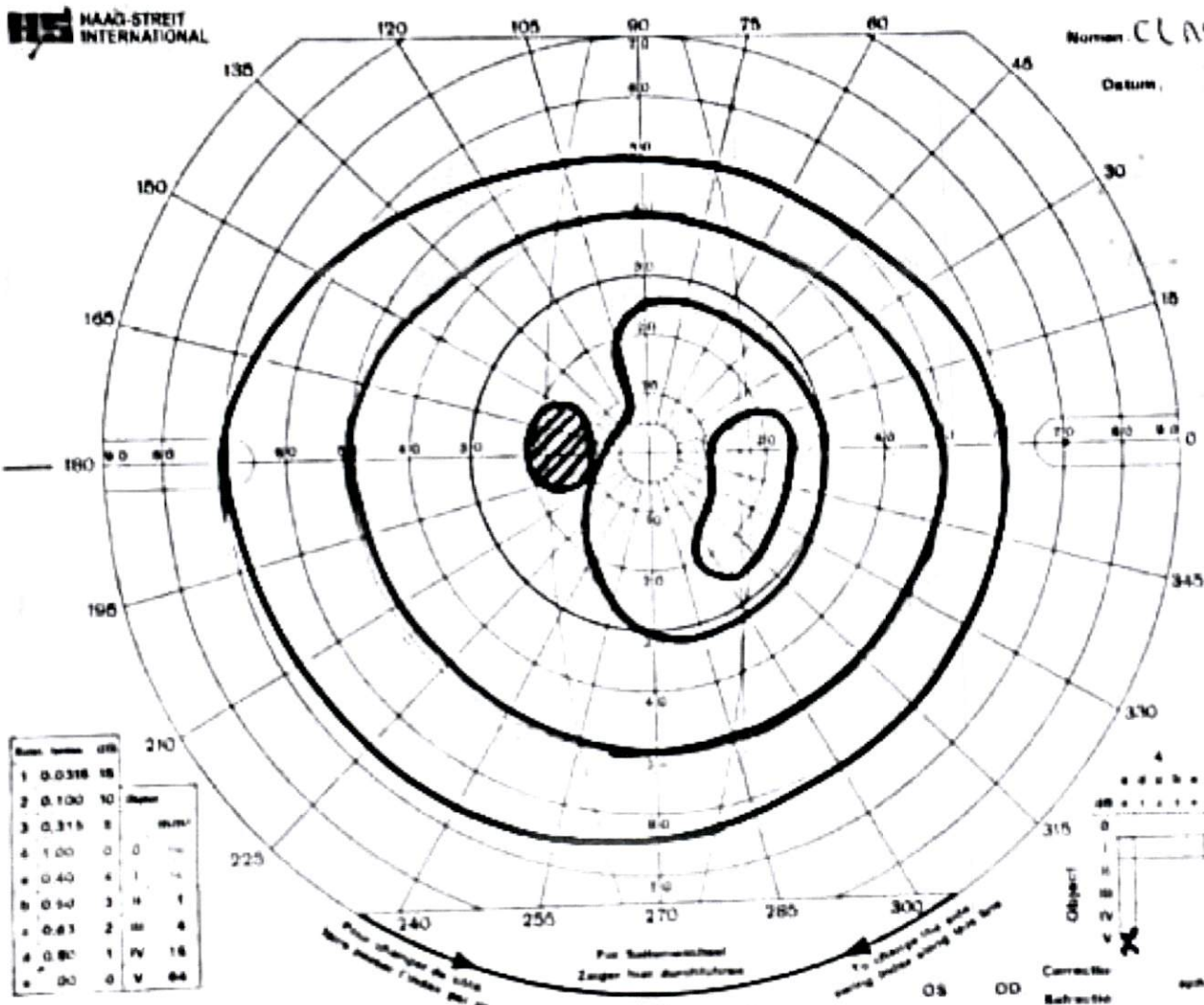
Le III est non vu.

→ → → →

Date: 13.11.2023



Normen: CLASRI SÄM
Datum: 13.11.2022



Normen	OS	OD
1	0.0318	18
2	0.100	10
3	0.315	8
4	1.00	0
5	0.40	4
6	0.94	3
7	0.63	2
8	0.80	1
9	0.0	0

OG

mm Diameter per

Relat. intern.

4 3 2

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100

Object

Corrector

Refraction

apex O

ref

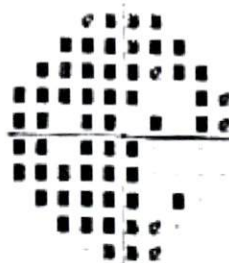
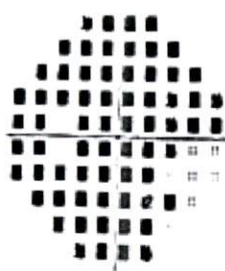
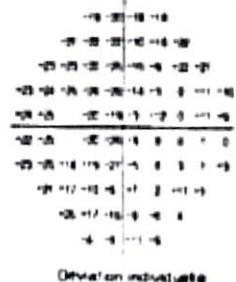
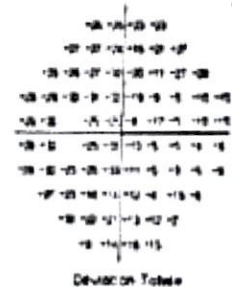
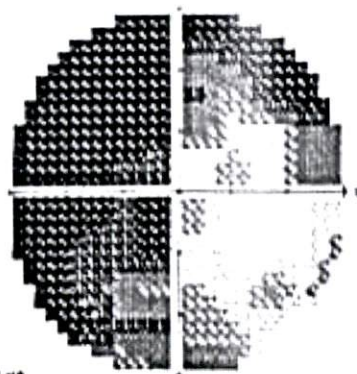
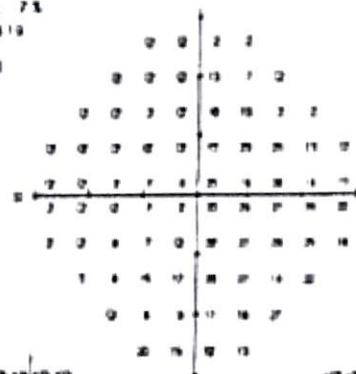
XTA

Handwritten notes and signatures.

Page 15-20 ■

Diamètre de la pupille
Angle visuel =
Rx + 2,25 Ds DC N

Date 11-11-2022
Page No 32
L. No 47



TH-42

More Strategic Recruitment

454 442

MD -1794-00 P405X

P10 11 34 42) P 10 5X

MANANE SERRAJI FILALI
CENTRE D'ORTHOPÉDIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185 Bd ABDELMOUMEN PACHA/ILILI PARCELS 1
TEL 0522461006-0522262226 GSM 066 16334

<p>الضمان الاجتماعي CNSS Le devoir de vous protéger</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie</p>		<p>مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire</p>	<p>Réf. - 610-1-02 مرجع رقم</p>	<p>Réf. ANAM : 1.2.01.01</p>
	<p>موافقة مسبقة * Entente préalable *</p>	<p>تنفيذ * Exécution *</p>			

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL ASSRI SAMIRA

N° Immatriculation : 118161716171518131

N° CIN : 181K1A14141813101

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

Conjoint ☐ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse :
 العنوان :

Montant des frais : 950 Dhs

Nombre de pièces jointes : 05

Declaracion du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL ASSRI SAMIRA

Date de naissance : 151411511151917161

N° CIN : 181K1A14141813101

Sexe : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

INPE et code à barres **

1991085290

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

11111111111111111111

مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

الرقم الوطني الاستدلالي والرقم المشفر **

11111111111111111111

مédecin traitant

الطبيب المعالج

Etablissement de soins

المؤسسة العلاجية

Type de soins*

Hospitalisation ☐ مستشفى

Maternité ☐ أمومة

Accident ☐ حادثة

Maladie ☒ مرض

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca

Le : 031101112101214

توقيع المؤمن له

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 031101112101214

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

OPHTALMOLOGISTE

235, Rd Yacoub El Mansour, Rés. Al Anfal, Etage N° 2, Casablanca

* Cocher la mention utile pour chaque case

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des Etablissements de soins) ainsi que le code à barres

الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي - ساحة دكاك - الدار البيضاء من ب. 2186 الدار البيضاء المحطة - الهاتف: 080 203 3333



FACTURE

CASABLANCA LE 11/11/2023

Mme EL ASRI EP ERRADE SAMIRA

Désignation	Montant
CHAMP VISUEL	600,00
TOTAL	600,00

Somme arrêtée à : six cents dirhams

CENTRE D'ORTHOPHTIE-D'ELECTROPHYSIOLOGIE
Mme SERRAJ
185, Bd. Abdelmoumen, Rés. Walili Parc
Tél : 05 22 26 26 26 / 48 10 86
06 61 63 34 25

ICE: 001804777000038

TP: 34309939

IF: 41909940

185, Bd. Abdelmoumen, Rés. WALILI PARC, 2^{ème} Etg. (en face station Tram Faculté de Médecine)

Tél : 0522.26.26.26 / 48.10.86

Tél : 0661.63.34.26

M : ha.serraj@gmail.com

Description des actes effectués					وصف العمليات المجرأة	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et cachet du Médecin traitant		
11/11/13	134	350	09	<p>Dr. LOUDIA KHAYAL OPHTALMOLOGISTE 235, Bd. Yacoub El Mansour, Rés Al Anfal, Etage N° 2 - Casablanca Tél: 05 22 09 17 89</p>		
INPE et code à Barres 011111111111						
INPE et code à Barres 111111111111						

CIM-10

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين	
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical	
11/11/13	134	350	09	6000	<p>CENTRE D'ORTHOTIE-D'ELECTROPHYSIOLOGIE Mme SERRAJ Houda 185, Bd. Abdelmoumen Rés. Alili Parc Tél: 0 22 26 26 26 / 48 10 86 06 61 63 34 26</p>	
INPE et code à Barres 111111111111						
INPE et code à Barres 111111111111						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision