

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-549579

ND: 32276

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Rihana EL KARROUNI

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél : 0666957547 Total des frais engagés : 2150,00

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

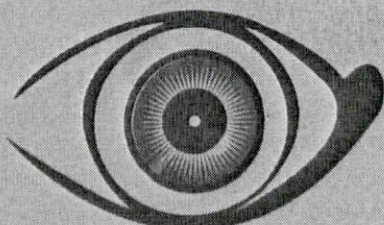
Le : 08/07/20



DR. ZINEB LAZRAK

SPECIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca  
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest



Chirurgie de la cataracte  
Ophtalmologie pédiatrique  
Chirurgie réfractive  
Contactologie  
Maladies rétiniennes  
Angiographie numérisée  
OCT - Laser - Topographie cornéenne

Casablanca le :

25 MAI 2008

دكتورة زينب اللارقي  
فحص العينين و جراحة العينين  
رخصة كلية الطب بالدار البيضاء  
هيئة سائرة بالمستشفى الجامعي بفرنسا  
راحة العيادات  
في عيون الأطفال  
مستشفى العيون  
مستشفى العيون  
رأى العينين  
فحص و تصوير العينين  
لازم - فحوصات العين

Jamel Rigal

Fair Jagan

Mme. SERVAZ E. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPEDIE ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Res. Wadi - Casa  
Tel. 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 21 21

Mme. SERVAZ E. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPEDIE ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen Res. Wadi - Casa  
Tel. 05 22 26 26 26 - GSM : 06 61 63 21 21

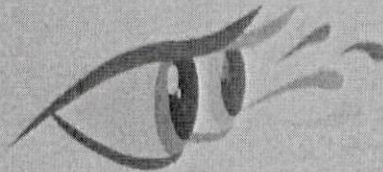
0522 47 53 90 : الهاتف - (قرب روبر) 5 (قرب الساحة) الطريق الطابق الثالث رقم 5  
للتي شارع مولاي يوسف و ربة الساحة الطابق الثالث رقم 5 (قرب روبر) - الهاتف : 0522 47 53 90  
Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél. : 0522 47 53 90  
Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com : البريد الإلكتروني



# CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE

MME SERRAJ HANANE EP. FILALI

DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 01/07/2019

## BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant JAIDI RYAD (6 ans et demi) montre les éléments suivants :

### INTERROGATOIRE

Bilan de contrôle.

Port de la correction optique.

### ACUITE VISUELLE

Correction portée : OD = +3.75 / OG = +7.00 (-0.50 à 45°)

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	8 /10	VP A/C OG	P2

### EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C et A/C : Orthoporie

VP S/C : E' = 8

A/C : X' = 4 à 6

Motilité oculaire : Normale

### EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

S/C et A/C : AO = AS = 0

### CONCLUSION

Orthoporie en VL, Esoporie en VP se relâche AC.

Sur le plan visuel : presque iso acuité visuelle.

Sur le plan sensoriel : CRN à tous les tests.

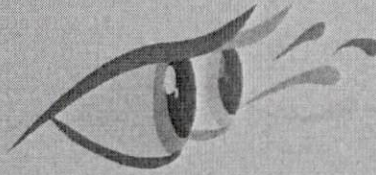
Je propose de faire une occlusion totale sur peau de l'OD.

Bien à vous

SERRAJ HANANE EP. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd Abdelmoumen, Res. Walilj Parc, 2<sup>ème</sup> Et. (Station Tram Faculté Médecine)  
Tél : 0522.26.26.26 / 48.10.86 Fax : 0661.63.34.26 Email : ha.serraj@gmail.com



**CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE**  
**MME SERRAJ HANANE EP. FILALI**  
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 01/07/2019  
ICE : 00180477700038  
TP : 34309939  
IF : 41909940

**FACTURE**

Nom et Prénom : JAIADI RYAD

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI  
CENTRE D'ORTHOPTIE - ELECTROPHYSIOLOGIE  
185, Bd. Abdelmoumen, Rés. Walili - Casa  
Tél: 05 22 26 26 26 / GSM : 06 61 63 34 26



# k-optik

L'Opticien

N° Facture : 001663/2019

Client : JAIDI RYAD

Kénitra, le : 01/06/2019

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	3,75			
O.G	7,00	-0,50	45	

## Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Montant
Organique AR 1.56	Verre	2	500	1000
Monture	Optique	1	500	500

Total HT :

1250

TVA (20%)

250

Total TTC :

1500

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

k-optik - SARL AU  
L'Opticien  
Mr. EL KARROUMI Ismaïl  
Opticien Optométriste  
Rue Tarkib Ibn Ziad N°36 Magasin N°1 - Kénitra  
Tél : 05 37 37 85 64



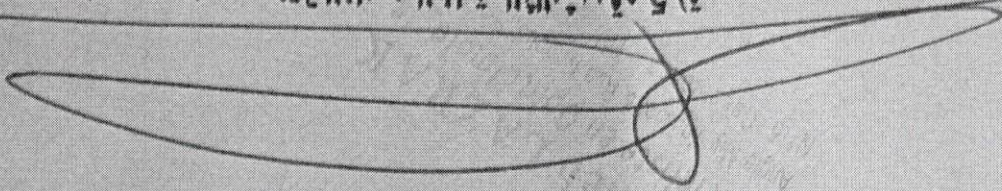
055008643

Adresse : 36, Av tarkib Ibn Ziad Magasin N°1 Kénitra TEL : 0537378564

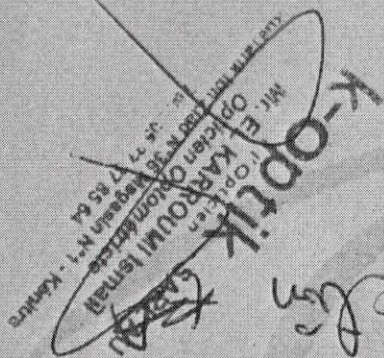
ICE : 000040905000007 CNSS : 9118193 RC : 37861 Patente : 20122561 IF : 29153533



0522 47 53 90 : (قريب روني) - الهاتف :  
 Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél.: 0522 47 53 90  
 Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com : البريد الإلكتروني



$OD = + 3,75$   
 $OG = + 7(-0,50 V60)$

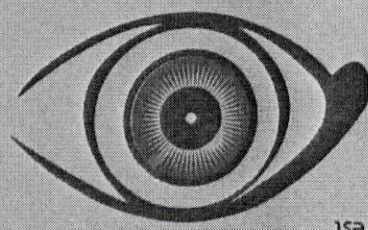


+ Verres de correction

01 Monture collant les lunettes

Joual, Ryad

Casablanca le : 25 MAI 2019



الدكتورة زينب اللارق  
 اختصاصية طب وجراحة العيون  
 خريجة كلية الطب بالدار البيضاء  
 طبيبة ساقطة بالمستشفى الجامعي بمرست فرنسا  
 جراحة العيون  
 طب عيون الأطفال  
 تخصص النحور  
 الامراض الجلدية  
 امراض النساء  
 امراض و تصوير طبية العين  
 الجلدية - فحوص العينية

DR. ZINEB LAZRAK  
 SPÉCIALISTE EN OPHTHALMOLOGIE  
 Lauréat de faculté de médecine de casablanca  
 Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest  
 Chirurgie de la cataracte  
 Ophtalmologie pédiatrique  
 Chirurgie réfractive  
 Contactologie  
 Maladies rétiniennes  
 Angiographie numérisée  
 OCT - Laser - Topographie cornéenne



وصف الحيات

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العملية Date des actes	رمز العملية Code des actes	نوع العملية Lettre clé + Cotation NCAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الفلطي Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et tampon du Médecin traitant
22.5 MAI 2019	54670			35011	

CTM-10

جره الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموتة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المنع المحسوب Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون الصيدلي Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

## Actes Paramédicaux

مهمات المساعدين العائليين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ الموقوف Montant Affecté
01/06				
20/07				
INPE : 055008643				
01/07/19	30			300 DA



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.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع المتعددية
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : .....	تاريخ الإيداع : .....

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 للمريض المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلامات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 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.

CNOPS

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض  
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري من المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....	N° Dossier : .....
Partie réservée à l'assuré(e)	
Nom et prénom : JAIDI RYAD	الاسم العائلي والشخصي : .....
N° Affiliation : 55 22 2	رقم الاختصاص : .....
N° Immatriculation : 710 604	رقم التسجيل : .....
N° CIN : AB 111 927	رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : .....	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : .....	
Conjoint زوج Enfant ابن	
Adresse : Résidence AL HANISOUR Int 46, Apt 4	
العنوان : 20210 Case	
Montant des frais (Dhs) : 2150,00	مبلغ المصاريف (درهم) : .....
Nombre de pièces jointes : 5	عدد الوثائق المرفقة : .....
Déclaration du médecin traitant	
تصريح الطبيب المعالج	
المستفيد من العلاجات	
Bénéficiaire de soins	
الاسم العائلي والشخصي : JAIDI RYAD	
Nom et prénom : .....	
Date de naissance : 1806 12	
تاريخ الميلاد : .....	
N° CIN : .....	
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....	
Sexe : M ذكر F أنثى	
الجنس : .....	
Identification du médecin traitant	
تعريف الطبيب المعالج	
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : .....	
N° INP : .....	
نوع العلاجات	
Type de soins	
تم تقديم الظرف المغلق : Oui Non	
Maladie * مرض * Plu confidentiel remis : .....	
تاريخ الحمل : .....	
Date de grossesse : .....	
Maternité * أمومة * Date prévue d'accouchement : .....	
التاريخ المتوقع للولادة : .....	
Date d'hospitalisation : .....	
تاريخ الاستشفاء : .....	
Date d'accident : .....	
تاريخ الحادث : .....	
Causes : .....	
أسباب الحادث : .....	
Accident * حادث *	
أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.	
I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.	
Fait à : .....	
le : 25 05 2019	
توقيع المؤمن له (ها)	
Signature de l'assuré (e)	
أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Fait à : .....	
le : 25 05 2019	
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins	
انطب الخانة	
INP : Identification Nationale du Praticien	
Cocher la mention utile pour chaque case	
La vente de cet imprimé est formellement interdite	
يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطابع	





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

REJET 1

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
3	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 304,00	459,50	4 763,50
4	-	20/04/2020	Virement	-	3 797,80	724,68	71,78	796,46
61283812	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	430,70	222,20	28,36	250,56
61283765	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	818,10	159,20	13,96	173,16
61283545	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
61283670	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	2 150,00	160,00	10,00	170,00



MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR J  
B 33 APPT 09  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061283670

Accusé de Réception

N° Réception : 61283670  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR  
Immatriculation : 33710604 / 100057341  
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI RYAD  
Rang Bénéficiaire : 11

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 28/02/2020 10:52  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 2150,00  
Nombre de pièces : 7  
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :  
Etablissement :

