

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

- 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'Indépendance - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M22- 0053814

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve de M. Baghou
 Nom & Prénom : Hm Boulaik Saïda épouse Baghou
 Date de naissance : 06/07/1955
 Adresse : 64 Jct A Boulama Sidi marouf Rue 28
 Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1760, Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : Age :
 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 : Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إدعاء ملف طلب التعويض لدى التعاوضية 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 الاستدالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إدعاء ملف المرض لدى مصالح التعاوضية 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 وإبراج 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 للتعاوضية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : **Bouhark Saïda**

رقم الانخراط : N° Affiliation : **2810348**

رقم التسجيل : N° Immatriculation : **91747714605**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : **B341118**

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

العنوان : Adresse :

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) :

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes :

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاج : N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de Soins (INPE) : **Bouhark Saïda**

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : **Bouhark Saïda**

تاريخ الميلاد : Date de naissance : **16/07/1955**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : **11111111**

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

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de Soins (INPE) : **001922103**

نوع العلاج : Type de soins : **Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale**

تم تقديم الظرف المغلق * : Pli confidentiel remis : **oui** ☐ non ☐

تاريخ الحمل : Date de grossesse : **2002**

التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement : **2002**

تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation : **2002**

تاريخ الحادث : Date d'accident : **2002**

أسباب الحادث : Causes :

حرر بـ : Fait à : **43, Bd. Rachidi - Casablanca**
في : Le : **05/12/2002**
أصبح بمصادقة من : Signature de l'assuré(e) : **Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale**
توقيع وطابع الطبيب المعالج : Signature du Médecin traitant : **Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale**
أو المؤسسة العلاجية : Cachet et signature de l'établissement de soins : **Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale**

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | | | | | | |

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | | | |

○ عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | | |

IMPLANTATION COCHLEAIRE
DIAGNOSTIC ET BILAN DE SANTE
F A C T U R E
زرع فوغة الأذن
التشخيص و التحليلات

Casablanca, le N°: 147148 / 2022 du 08/11/2022 في الدار البيضاء،

Nom patient **BOUHAİK SAIDA**

Entrée 07/11/2022

Prise en charge **CNOPS AMO.**

Sortie 08/11/2022

PR. BENGHALEM ABDELHA (ORL%)

THYROIDECTOMIE TOTALE

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE DOUBLE	1.00	CH	400.00	400.00
SALLE OPERATION	120.00	K120	26.50	3 180.00
AIDE OPERATOIRE K 15	15.00	K	26.50	397.50
SOINS INFIRMIERS K 5	5.00	K	26.50	132.50
DIFFERENCE CHAMBRE INDIVIDUELLE	1.00	CH IND	400.00	400.00
LIT ACCOMPAGNANT	1.00	LIT	400.00	400.00
Sous-Total				4 910.00
PHARMACIE	1.00	PH	1 665.00	1 665.00
Sous-Total				1 665.00
Total Clinique				6 575.00

DR. ANESTHESISTE REAN (anesthesie)	50.00	AREK 50	22.50	1 125.00
PR. BENGHALEM ABDELHAMID (orl%)	120.00	K120	22.50	2 700.00
Sous-Total				3 825.00
Total Autres prestations				3 825.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DIX MILLE QUATRE CENTS DIRHAMS	Total	10 400.00
Immatriculation : 952771405	Part organisme	8 640.00
Affiliation : 280348	Part patient	1 760.00
Cin : B341018		

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél : 05 22 29 48 36 / 37

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

43، شارع الراشدي - الدار البيضاء

س.و.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البتانتا: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com



090003716

TICKET MODÉRATEUR SUR FACTURE

N° : 147148 / 2022 du 08/11/2022

Nom patient : **BOUHAÏK SAIDA**

Entrée 07/11/2022

Prise en charge : **CNOPS AMO.**

Sortie 08/11/2022

	Lettre Clé	Nombre	Prix Unitaire	Montant
Ticket modérateur				
THYROIDECTOMIE TOTALE	K120	1	960,00	960,00
			Sous-Total	960,00
Prestations complémentaires				
LIT ACCOMPAGNANT	LIT	1	400,00	400,00
DIFFERENCE CHAMBRE INDIVIDUELLE	CH IND	1	400,00	400,00
			Sous-Total	800,00

Arrêté le présent ticket modérateur à la somme de :

MILLE SEPT CENT SOIXANTE DIRHAMS

Total 1 760,00

Total facture 10 400,00
Montant pris en charge par l'organisme 8 640,00
Montant ticket modérateur à charge du patient 1 760,00

Payé le: 08/11/22
Par CHQ N°: 452
Tiré: 147148
Montant: 1760,00

CLINIQUE RACHIDI
43, Bd. Rachidi - Casablanca
Tél: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36 / 37

43, Boulevard RACHIDI-CASABLANCA

CNSS: 1037680 - IF: 01020458 - RC: 74087

Patente: 35504150 - ICE: 001540813000088

Tél.: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

Fax: 05 22 22 03 57 - E-mail: rachidi@cliniquerachidi.com

43, شارع الراشدي - الدار البيضاء

ص.و.ج: 1037680 - رقم التعريف: 01020458 - س.ت: 74087 - البتانتا: 35504150

الهاتف: 05 22 22 12 96 - 05 22 27 61 41 - 05 22 29 48 36/37

الفاكس: 05 22 22 03 57 - www.cliniquerachidi.com



CASABLANCA, Le 28/10/2022



Etablissement : CLINIQUE RACHIDI
43 BD RACHIDI
20000 CASABLANCA

Code Etab. : 090003716

Objet : Accord de Prise en charge

Assuré : BOUHAIK SAIDA

Immatriculation : 95771405

Bénéficiaire : BOUHAIK SAIDA

N° de la Prise en charge : 77067078 Du 26/10/2022

Référence Décompte : 20221028CN9110 39

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous prions de trouver ci-après notre accord de prise en charge pour les actes suivants :

Acte	Soins	Tarif Réf.	Coeff	Qté	TxRO %	Part CNOPS	Part assuré
E302	26/10/2022	9600,00	1	1	90	8640,00	960,00
Total						8640,00	960,00

JOINDRE AU DOSSIER DE FACTURATION COMPTE RENDU OPERATOIRE
+ ANAPATH

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

N.B Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS
CNOPS 8-10, Rue Al Khalil, B.P.209 - 10000, Rabat - Tél centre d'Appels : 05 38 00 20 20 - Fax : 05 37 70 61 71

Nom du patient : Madame Saida BOUHAÏK
Né (e) le : 16 Juillet 1955

Date de l'intervention : Lundi 7 Novembre 2022
Médecin anesthésiste : DR R BENNIS
Médecin chirurgien : Professeur Abdelhamid BENGHALEM

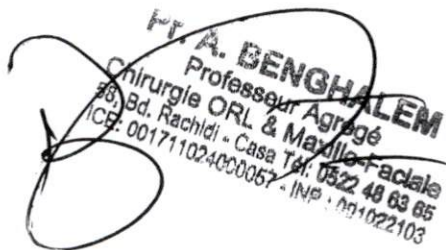
Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale
58, Bd. Rachidi - Casa Tél: 0522 48 63 65
ICE: 001711024000057 - INP : 001022103

-----COMpte Rendu Operatoire-----

MOTIF :

INTERVENTION : THYROIDECTOMIE TOTALE

Anesthésie générale, IT et billot sous les épaules
Incision de Kocher à 2 TDD du manubrium sternal
Décollement des lambeaux des peauciers super et infer
Ouverture de la ligne blanche avec respect des jugulaires antérieures
Décollement du plan musculaire du lobe droit thyroïdien
Section de l'attache du sterno-thyroïdien, ce qui donne un excellent jour
sur le pédicule supérieur
Ligature de la veine thyroïdienne moyenne
Repérage du pédicule thyroïdien inférieur et ligature de celui-ci
Repérage et dissection et conservation des parathyroïdes
Repérage et dissection du nerf récurrent jusqu'à son entrée sous le
constricteur inférieur du larynx
Ligature du pédicule supérieur, section du ligament de Gruber
Découverte d'un nodule du lobe gauche
Hémostase et totalisation du côté gauche selon la même technique
Hémostase et fermeture PPP sur 2 redons aspiratifs


Pr. A. BENGHALEM
Professeur Agrégé
Chirurgie ORL & Maxillo-Faciale
58, Bd. Rachidi - Casa Tél: 0522 48 63 65
ICE: 001711024000057 - INP : 001022103

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient BOUHAÏK SAÏDA	N° Facture 147 148	147148
----------------------------------	---------------------------	--------

Produit	Quantité	Prix Unitaire	Montant
ACUPAN /5AMP INJECTA (05)	1	10.18	10.18
ANDOL 1G INJECTA INJECTA (01)	1	22.00	22.00
FENTANYL MYLAN 500µG/10m INJECTA (10)	1	30.00	30.00
MYANTALGIC 500 COMPRIM (20)	2	1.50	3.00
ONDANSETRON 4MG/ INJECTA (05)	3	32.00	96.00
OXIFLOR 200MG/10 COMPRIM (10)	2	11.20	22.40
PROPOFOL- LIPURO 1%10MG/ML INJECTA (05)	1	44.00	44.00
ROCURONIUM SP 10 INJECTA (10)	1	30.00	30.00
SERUM SALE 0.9 500ML INJECTA (12)	1	22.29	22.29
SERUM SALE 0.9% POCHE INJECTA (20)	1	22.50	22.50
TEMESTA 1 mg COMPRIM (50)	1	0.46	0.46
Sous-Total médicaments			302.83
CASAQUE XL (001)	1	40.00	40.00
DRAIN DE REDON N°8 (001)	2	6.00	12.00
ELECTRODE.REF2223 (050)	5	1.60	8.00
FILTRE ANTIBA/ANTIVIR (001)	1	25.00	25.00
FLACON DE REDON400ML (001)	2	40.00	80.00
FLUIDES MEDICAUX /H (001)	1	350.00	350.00
FLUIDES MEDICEAUX/ 30MN (001)	1	195.00	195.00
GAZE 87/7.5X7.5 p10 (870)	5	0.52	2.60
INTRANULE 20G VYGON ROSE (100)	1	7.20	7.20
LIN BOBINE 0 25MM (020)	1	13.90	13.90
LIN BOBINE 2/0 25MM (020)	1	9.00	9.00
MONOCRYL4/019MM Y422H (036)	1	85.47	85.47
PANSEMENT M.M (001)	1	60.00	60.00
PERFUSEUR AVEC FILTRE (001)	2	6.00	12.00
SERINGUE 10CC RR (100)	1	1.50	1.50
SERINGUE 20CC (050)	2	2.40	4.80
SERINGUE 5CC RR (100)	2	1.30	2.60
SOIE 0 CT 3/8 30MM (036)	2	17.22	34.44
SONDE D.INT.ARMEE CH6.5 (001)	1	100.00	100.00
TROUSSE UNIVERSELLE (001)	1	200.00	200.00
VICRYL 4/0CR17MM W9106 (012)	2	59.33	118.66
Sous-Total consommable médical			1 362.17
Total pharmacie			1 665.00

(*) Conditionnement hospitalier

CLINIQUE RACHIDI
 43, Bd. Rachidi - Casablanca
 Tél : 05.22.29.48.36 / 37

 **Sanlam** | Maroc **Accusé de réception**
Bureau d'entre santé ouverture **AMC**
Date : 20 11 2022
N° CIN ou PPR :
Montant des frais engagés :
Convention :
Type de dossier :
Date des soins :
216, Boulevard Zerkani
20 090 | Casablanca
T +212 522 42 09 06 - F +212 522 20 60 81 - 03