

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

HAMMOU Abdelouahed

Date de naissance :

21.04.1951

Adresse :

Résidence AL Manar Tm P. App 6
Av. Birk An Zarane EL JANIDA

Tél. : 0661 23 84 70

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BOUZIANE Kitadif 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 : EL JANIDA / Hamou

Le : 11/04/2023

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاقدية
Identification de l'agent : Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طيبة، 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الابتدائية إلى التعاقدية التي تنتهي إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من 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 تصریح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : BELAMINE KHADIJA رقم الانخراط : 297143 رقم التسجيل : 032805742 رقم بطاقة التعريف الوطنية : 8428419 علاقـة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : ابن Conjoint زوج Enfant ابـن العنوان : RESIDENCE AL MANSOUR Imm. P App. 6 Av. BIR ANTARANE El Jadida مبلغ المصاريـف (درهم) : Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BELAMINE KHADIJA Date de naissance : 190857 N° CIN : B428419 Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *	<input checked="" type="checkbox"/> مرض *	Pli confidentiel remis* : Oui	Non
Maternité *	<input type="checkbox"/> أمومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation *	<input type="checkbox"/> استشفاء *	Date prévue d'accouchement :
Accident *	<input type="checkbox"/> حادث *	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

أشهـد بـصـحة كل ما ذـكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant .

Fait à : EL JADIDA le : 08032023 قس : توقيـع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)

أـصرـح بـصـدـاقـة و صـحةـ المـعـلـومـاتـ المـذـكـورـةـ أـعـلـاهـ .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .

Fait à : EL JADIDA le : 08032023 قس : توقيـع الطـبـيبـ العـالـجـ أوـ المؤـسـسـةـ الصـحـيـةـ .
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

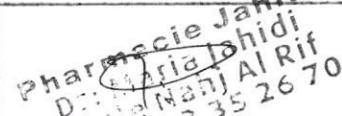
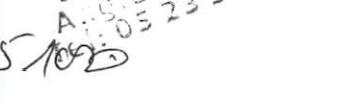
* اـسـطـبـ الـخـاتـةـ

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي و ملابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	المن المفوتر Prix facturé	تاريخ التغليف Date d'exécution
 	716,10	8/03/23

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

BELAMINE, KHADIJA ID:08/03/23 01

08/03/2023 10:31:26

66 bpm



25mm/s 10mm/mV LP: 25Hz AC: 50Hz Cardioline ECG200L 2.20.9990 SN:0863200C



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle)  Remboursements  Prises en charge  Immatriculation Menu ▾

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	PAYE	NON PAYE 1																																																															
<p>● Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Nb.Dossier(s)</th> <th>Date de réception</th> <th>Date Paiement</th> <th>Mode Paiement</th> <th>Bénéficiaire</th> <th>Frais engagés</th> <th>AMO</th> <th>Mutuelle</th> <th>Total</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- 1</td> <td>-</td> <td>05/04/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>966,10</td> <td>589,34</td> <td>97,49</td> <td>686,83</td> </tr> <tr> <td>79638933</td> <td>09/03/2023</td> <td>Payé en : 27 jours</td> <td></td> <td>BELAMINE KHADIJA</td> <td>966,10</td> <td>589,34</td> <td>97,49</td> <td>686,83</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td>-</td> <td>21/01/2023</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 055,60</td> <td>651,57</td> <td>111,72</td> <td>763,29</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td>-</td> <td>30/10/2022</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 437,10</td> <td>925,64</td> <td>198,20</td> <td>1 123,84</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td>-</td> <td>01/08/2022</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>907,10</td> <td>503,04</td> <td>92,55</td> <td>595,59</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td>-</td> <td>07/04/2022</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 007,10</td> <td>583,04</td> <td>96,05</td> <td>679,09</td> </tr> </tbody> </table>			Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	- 1	-	05/04/2023	Virement	-	966,10	589,34	97,49	686,83	79638933	09/03/2023	Payé en : 27 jours		BELAMINE KHADIJA	966,10	589,34	97,49	686,83	■ 1	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29	■ 1	-	30/10/2022	Virement	-	1 437,10	925,64	198,20	1 123,84	■ 1	-	01/08/2022	Virement	-	907,10	503,04	92,55	595,59	■ 1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total																																																									
- 1	-	05/04/2023	Virement	-	966,10	589,34	97,49	686,83																																																									
79638933	09/03/2023	Payé en : 27 jours		BELAMINE KHADIJA	966,10	589,34	97,49	686,83																																																									
■ 1	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29																																																									
■ 1	-	30/10/2022	Virement	-	1 437,10	925,64	198,20	1 123,84																																																									
■ 1	-	01/08/2022	Virement	-	907,10	503,04	92,55	595,59																																																									
■ 1	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09																																																									

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>) ★★★★★

MME BELAMINE KHADIJA
RES L MANAR IMM P APT 6
AV BIR ANZARANE



Accusé de Réception



EL JADIDA PRINCIPAL
24000

N° de Dossier :

79638933

Date et heure : 09/03/2023 10:19

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELAMINE KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

EL JADIDA 90812

Valeur en Dirhams :

966,10

Nombre de pièces : 8

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE323

Nom Etablissement :

Dr. CHIBANE Sara
Cardiologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Echocardiographie de l'université de Bordeaux-France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien médecin interne du CH Louis Pasteur, Chartres-France



الدكتورة شيبان سارة
أخصائية أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم الفحص بالصدى للقلب من جامعة بوردو، فرنسا
- طبيبة داخلية سابقاً بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبيبة داخلية سابقاً بمستشفى لويس باستور شارتر بفرنسا

El Jadida le : 08/03/2023

Hme Befamme Khadija

1) Coleran 515 mg

20/8/00
X3



matin

Pharmacie Jahidi
D: Maria Jahidi
T: 0523802770 23 35 26 70

2) Kardégic

30/7/00
X3



3) Traitement de 03 mois

7/16/10

Dr.

11, Bd Kassem Ziri (ex Allal El Fassi), Résidence Noussair, 1^{er} étage, Appt n°5, hay Al Matar
(à côté café Le Maréchal) El Jadida.

Tél. : 0523802770 | e-mail : dr.sara.chibane@gmail.com

