

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

- 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



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

159833
royal air maroc

2648

retraite

Nom & Prénom :

SABIRI Bouazzza

Date de naissance :

10/02/1960

Adresse :

86 Lotissement Abdellah Ben
Medouna Casablanca

Tél. :

0676.04.19.56 Total des frais engagés : 278.592.300.30.819 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

21/01/2023

Nom et prénom du malade :

EDDARBALI Amin

Age: 62

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

voix dossier conjoint

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 : medouna

Le : 08/05/2023

Signature de l'adhérent(e) :

bouazzasabirio@gmail.com

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

ANALYSES - RADIographies

AUXILIAIRES MEDICAUX

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'ODP.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

D	H
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

- □ X

DETAIL DU SINISTRE

POLICE..... 2000GRP0001380
ADHERENT..... EDDARBALI AMINA
CERTIFICAT..... 861988
LE PATIENT..... EDDARBALI AMINA
CATEGORIE..... AS
C.I.N.....

MEDECIN TRAITANT:

VILLE MEDECIN TRAITANT:

N° D'EMISSION

Date retour du règlement

du

Date réactivation

DECLARATION N° 71033814 X
CONSULTATION MEDECIN DU 21/01/2023
RECU A LA COMPAGNIE LE... 24 / 02 / 2023
NATURE DE LA MALADIE..... HTA
FRAIS ENGAGES..... 3085.00
SINISTRE N°..... 0024469402
REGLE LE..... 6/03/2023
MODE DE REGLEMENT..... PAR VIREMENT
N° DE COMPTE 35081000000000637569727
VILLE.....

SORT..... RVAC

SORT..... RVAC		CODE PRESTA	PRESTATION	Nombre	FRAIS ENGAGES	MONTANT NON REMB.	REGIME DE BASE	REMB. COMPAGNIE
623	CONS SPEC JOUR C2				300.00		125.00	100.00
900	PHARMACIE				2785.00		2785.00	
						2 910.00		100.00

CORRESPONDANCES DOSSIER

RETOUR ECRAN PRECEDENT

cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

1



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	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE																											
<p>Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table><thead><tr><th>Nb.Dossier(s)</th><th>Date de réception</th><th>Date Palement</th><th>Mode Palement</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>02/05/2023</td><td>Virement</td><td>-</td><td>3 085,90</td><td>1 556,90</td><td>0,00</td><td>1 556,90</td></tr><tr><td>79316877</td><td>21/02/2023</td><td>Payé en : 70 jours</td><td></td><td>EDDARBALI AMINA</td><td>3 085,90</td><td>1 556,90</td><td>0,00</td><td>1 556,90</td></tr></tbody></table>			Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	- 1	-	02/05/2023	Virement	-	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90	79316877	21/02/2023	Payé en : 70 jours		EDDARBALI AMINA	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total																					
- 1	-	02/05/2023	Virement	-	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90																					
79316877	21/02/2023	Payé en : 70 jours		EDDARBALI AMINA	3 085,90	1 556,90	0,00	1 556,90																					

description des actes effectués

صف العمليات المعاقة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/01/23	2785,90	Pharmacie NASR ALLAH Mr MAAMAR jamal Docteur En Pharmacie 43 Lot Nasr Allah 2 Medjouna Casablanca Tél: 06 21 31 06 00
	INP : 092044957	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

ANSWER:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

البيانات الابحاث، الاشعة و المصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدین الطبیین

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

Dr. ADNAN Khalid
Cardiologie

254 Av Mohamed Bouziane 1er étage
Salama III Sidi Othmane
20670

Tel.:05 22 55 41 08
Mobile:06 66 25 12 44 Whatsapp
Fax:05 22 55 41 12
Email:kha_adnan@yahoo.fr

00 0 00099 2

le 21/01/2023

Mme Amina EDDARBALI

62 ans

98,10 x 2

1) COSYREL 5/10

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois



27,70 x 2

2) CARDIOASPIRINE Comprime Gastro-Résistant à 100 mg Bte 30 Comprime

Prendre 1 comprimé à midi, après le repas, pendant 3 mois



31,60 x 3

3) ROZAT 20 MG CP

Prendre 1 comprimé le soir, pendant 3 mois



49,40 x 2

4) PLAVIX COMPRIME PELLICULE À 75 MG BTE 28 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois



14,60 x 2

5) AMEP COMPRIME À 5 MG BTE 28 COMPRIME

Prendre 1 comprimé le soir, après le repas, pendant 3 mois



49,40 x 2

6) LASILIX Comprime à 40 mg Bte 20 Comprime

Prendre 1 comprimé le matin et à midi, pendant 3 mois

49,40 x 2

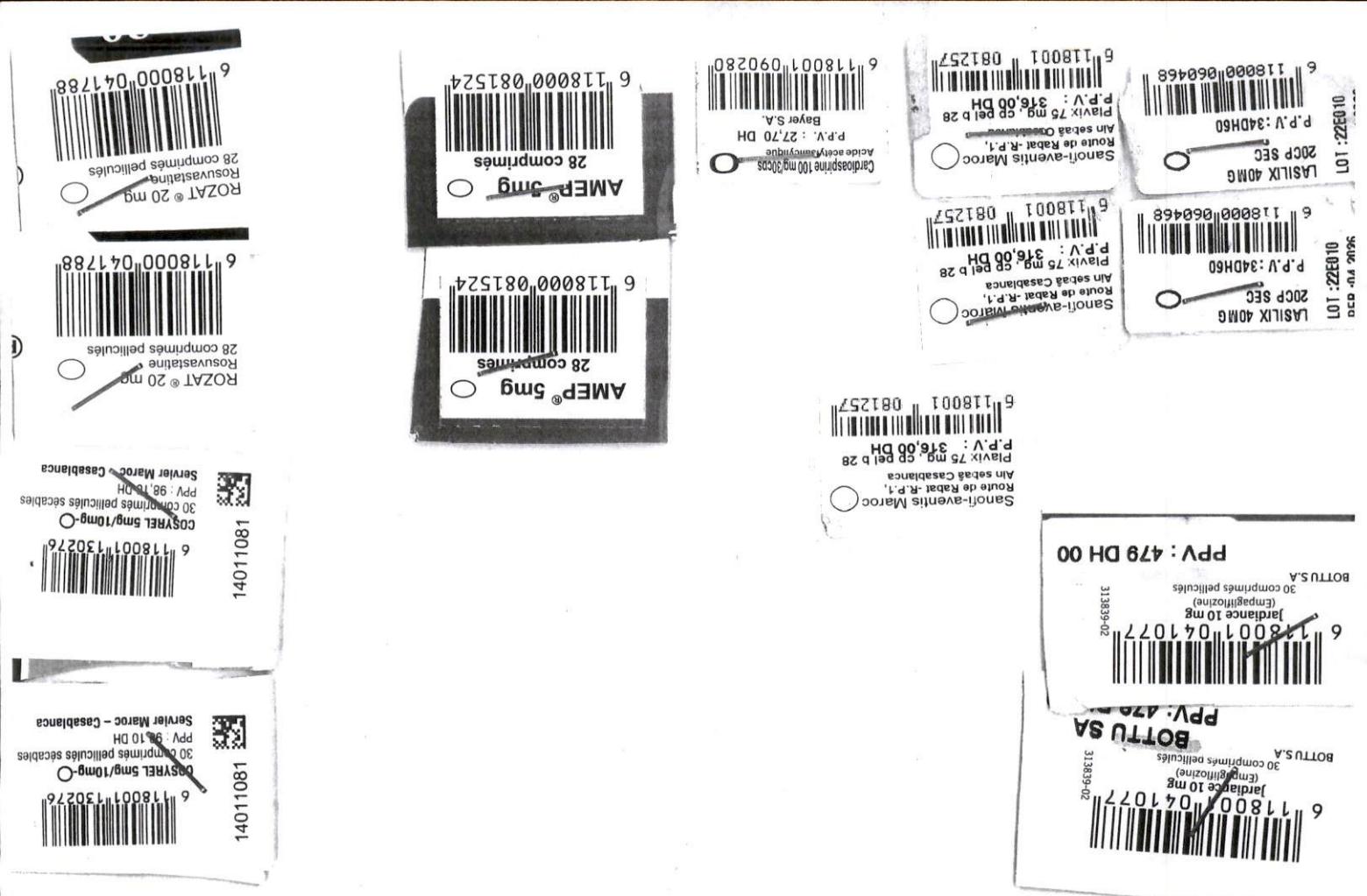
7) JARDIANCE 10 MG

Prendre 1 comprimé le matin, après le repas, pendant 3 mois

7 spécialité(s) prescrite(s)

Dr. ADNAN Khalid

2785,90
Dr. Khalid ADNAN
CARDIOLOGUE
254 Av Mohamed Bouziane Salam N
Sidi Othmane - Casablanca
n°.22 55 41 08



Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



79316877

Date et heure : 21/02/2023 12:43

MME EDDARBALI AMINA
SALMIA 2 RUE 28 IMM 7 APT

2

CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier :

Nom et prénom Assuré :

Immatriculation :

Nom et prénom Bénéficiaire/Répon

Type de dossier :

Lieu de réception :

Code Etablissement

Nous Etablissement

EDDARBALI AMINA

FRD APPROVAL NUMBER

FEUILLE DE SOINS

卷之三

CASA SIEGE 90138

3 085,90

Date et heure : 21/02/2023 12:43

Nombre de piles en

Agent de réception

9MGE072