

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549

Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERDAI Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81 Rue Laveche. App 18 CASA

Tél. 066 2110 3373

Total des frais engagés : 999,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Complément Remboursement en OPS
bâleur épouse Rue BAKKACI Fadoua

Date de consultation :

Rue BAKKACI Fadoua Age:

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 : 05/06/2013 Le : 05/06/2013

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, facturés, 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 Khaili, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع وظابع التعاونية	
	
Identification de l'agent:	
Date de dépôt du dossier:	
Tarih alýdý: :	

يجب تعليمة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، الخ...).

المؤمن غير مطالب بالإلقاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلقاء بنتائج الفحوصات الشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي المهني الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تتضمنون إليها خلال الشهرين الموليين للتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يتعاقب بفرامة وبارجاع المبالغ المقوضة بغير حق دون الالتمال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصریح 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 للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تزويد اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة الخليل من ب 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 30012550
خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BAKKALI Fouad

N° Affiliation :

4113183

N° Immatriculation :

55212598843

N° CIN :

A 1694156

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

Conjoint زوج Enfant اب ابنة

Adresse :

81, Rue Léonard de Vinci App 18 1000
ESSAKAM Rond-point CASABLANCA

99920

Montant des frais (Dhs) :

07

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

BAKKALI Fouad

Date de naissance :

16/11/1957

N° CIN :

A 1694156

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin امرأة

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

INPE 091191

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الاستدلالي لمهني الصحة
بيان العلاج

Type de soins

Maladie* مرض

Maternité* امومة*

Hospitalisation* إستشفاء*

Accident* حادث*

Pli confidentiel remis* : oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Fait à : CASABLANCA	Fait à : CASABLANCA
Le : 03/04/2023	Le : 03/04/2023
توقيع المؤمن (ة)	توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)	Signature de l'assuré (e)
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	
Y'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	
حرر ب: د. ف. ز.	
اصصر بمضامينها وصحتها وأقر بالبيانات المذكورة أعلاه	
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية	
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soin	

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

Description des actes effectués

اصيف العملات المحراة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتحضرات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ
Date d'exécution

للثمن المفوتر

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur
des dispositifs médicaux

47023 ~~الطبقة~~ PHARMACIE D'UJASMIN
Mme. AMRANI Rajaa
61, Avenue 2 Mars CASA
Tél. 281 17 67
INP: 092035344

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العملات الاجنبية، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات -

Barcode: 6 118001 040841

AMM N°: 81/2020 DMP/21/NRS

19

DEPO-MEDROL

80 mg/2

suspension inj
acétate de méthyl

2 ml Serinau e/ 1

2 ml Seringue/ مل
I.M. - طريق العضل

A standard 1D barcode is positioned horizontally in the center of the page. It consists of vertical black bars of varying widths on a white background.



cnops.org.ma/assure_app



36



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 3

REJET 1

PAYE

⚠ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 3	-	19/06/2023	Virement	-	2 094,95	1 168,44	137,07	1 305,51
	80210172	06/04/2023	Payé en : 73 jours	BAKKALI FADOUA	300,75	300,00	0,00	300,00
	80503985	25/04/2023	Payé en : 54 jours	BAKKALI FADOUA	795,00	466,50	84,20	550,70
	80346231	13/04/2023	Payé en : 66 jours	BAKKALI FADOUA	999,20	401,94	52,87	454,81

Docteur Amina EL AOUADI

RHUMATOLOGUE

Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

النورة أمينة العوادي

гинье في أمراض الروماتيزم والمفاصل

محج الحسن الأول

ازنقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 03/04/2023 الدار البيضاء، في

ن° BAKICALE FADOUA

1) DIPROSONE

(50)

DEFLONEDOL

1 tablet 1 n u flacon

2) ALYSE 2 gms selulos

SV 03/04/2023
005246
000

136,00 2 gelule 1 gms au cocher perdu

03 gms per paix a 2 selulos

le Dr. prescrit 03 gms per paix a

03 selulos le Dr

Dr EL AOUAD AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Casa
Tél: 05 22 49 13 80

PHARMACIE DU JASMIN
Mme. LAMRANI Raja
61, Avenue 2 Mars - CASA
Tél: 05 22 81 17 67

MME BAKKALI FADOUA
 N 81 RUE LARACHE APT 18 HAY
 ESSALAM
 CASABLANCA
 CASABLANCA CENTRE DE TRI
 20000

Royaume du Maroc



CNOPS
 Accusé de Réception



N° de Dossier : **80346231** Date et heure : 13/04/2023 10:17

Nom et prénom Assuré : **BAKKALI FADOUA**

Immatriculation : **55298843 / 050139188**

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **BAKKALI FADOUA / 01**

Type de dossier : **FEUILLE DE SOINS**

Lieu de réception : **CASA 50113**

Valeur en Dirhams : **999,20** Nombre de pièces : **7**

Code Etablissement : **5MTR294**

Nom Etablissement :

RADIOLOGIE SEBTA 23

Scanner - Echographie - Radiologie Conventionnelle - Radiologie Dentaire - Mammographie

Docteur Latifa MAHFOUD

Docteur Salah Eddine DRHIMER

Docteur Driss EL HASSANI

23 , Rue Sebta - Quartier des hôpitaux - Casablanca - Tél : 022 49 09 60 / 61 - Fax : 022 49 09 62

Casablanca, le 10/04/2023

Facture N° 1187/2023

Nom patient : BAKKALI FADOUA

Examen(s) réalisé(s) :

ECHOGRAPHIE DE L' EPAULE:

Montant : 500 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENTS DIRHAMS



23, Rue Sebta - Quartier des Hôpitaux - Casablanca- Tél : 49-09-60/61 Fax 49-09-62 C.N.S.S./
2567157- Patente N° 34400143 - IF 01084042 -

BMCE : Agence Mers Sultan - Casablanca N° du Compte 78051 210 00 60083 40 ICE 00151
497 8 000009.

Docteur Amina EL AOUADI
RHUMATOLOGUE
Avenue Hassan 1^{er}

47, Rue Abou Soufiane 1^{er} étage
à côté de l'hôtel BASMA (Centre ville)
Casablanca - Tél. : 05 22 49 13 80

الدكتورة أمينة العوادي
اختصاصية في أمراض الروماتيزم والمفاصل
محل الحسن الأول

47، زنقة أبو سفيان الطابق الأول
قرب فندق بسمة (وسط المدينة)
الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 49 13 80

Casablanca, le 03/04/2023 الدار البيضاء، في

Dr BAKKALO FAOUA

1/ ECHOGRAPHIE

11 Mars 2023



- Symptômes de l'arthrose des
avant-bras

- Symptômes de l'arthrose et
de réaction tissulaire (éosinophilie)

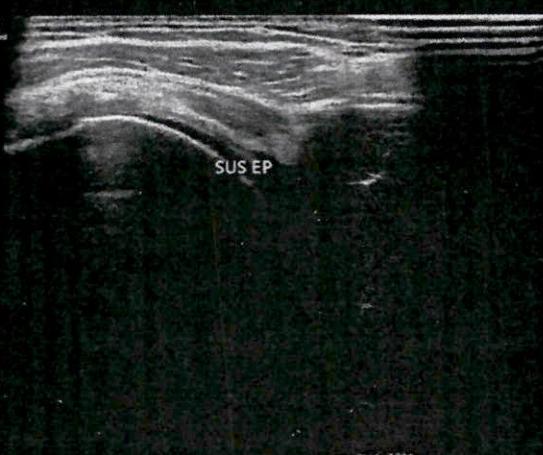
Dr EL AOUADI AMINA
Rhumatologue
47, Rue Abou Soufiane Casablanca
Tél. : 05 22 49 13 80



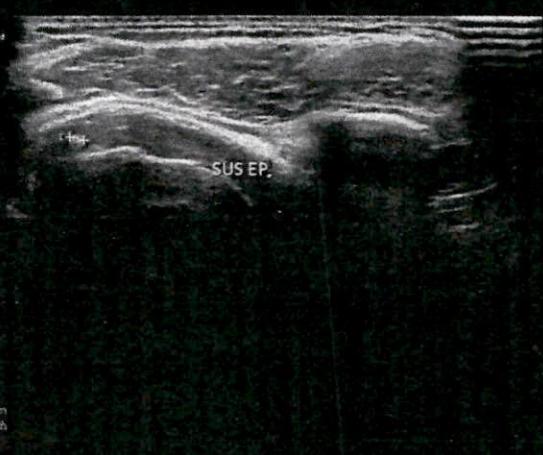
18.6
Thyroide
110.824
ITC 0.63
ITS 0.22
IMC 0.85
38 ips
98%
20
H.Mag
Cobb
P dyn 55
DL 1
UA 2



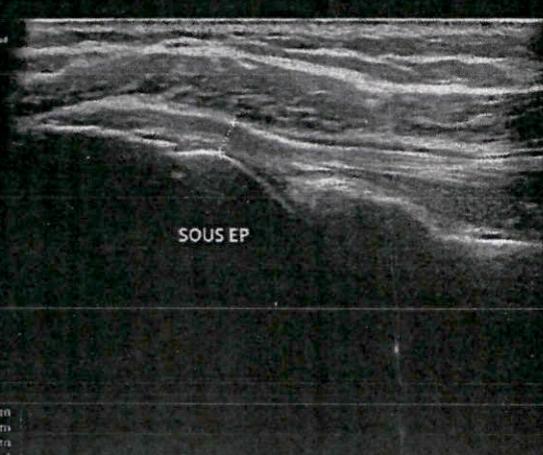
18.6
Thyroxine
110.024
115.0.63
Hb 0.24
IMec 0.85
38.1ps
98%
20
H Met
0.04
P dyn 65
0.13
U 2



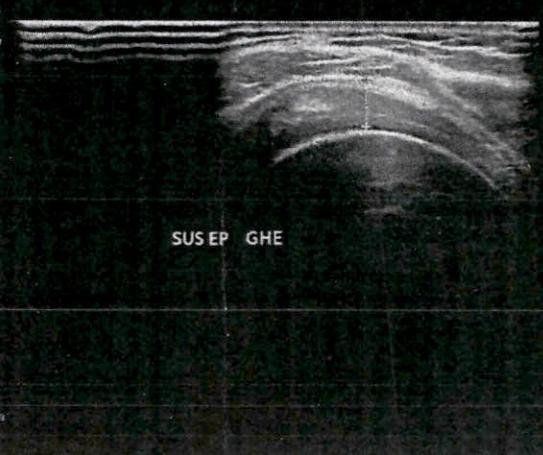
18E6
Thyroide
HCO₂ 0.24
TCO₂ 0.61
BS 0.24
IMer 0.85
38 ins
98%
2D
H.Mad
O.CB.
P.dyn 65
DL 1
UA 2



1816
Thyroid
379 0.24
TTC 0.63
TTS 0.24
IMAC 0.65
38 ips
92%
20
H.Med
0.48
Palyn 55
UL 1
10.2



18.6
Thyroïde
ITC 0.24
ITC 0.63
ITC 0.24
ITC 0.85
38 ips
98%
20
R Med
6.63
P dyn 0.5
DL 8



18L6
Thyroide
ITD 0.24
ITC 0.63
IT5 0.24
Mec 0.85
-38 ips
98%

2D
H Méd
0 dB
P dyn 65
0.01

D1 5.0 mm
D2 1.5 mm
D3 3.6 mm
M 2.0 mm

PAKHAL FADOMA
18-04-2023 11:45:03
2023-04-18 11:45:03

Casablanca, le 10/04/2023
Dr. EL AOUADI Amina
Rhumatologue

Chère Confrère,
Je vous remercie de m'avoir adressé votre patient(e), **BAKKALI FADOUA**

ECHOGRAPHIE DE L'EPAULE DROITE

Le balayage échographique comparatif des deux épaules met en évidence la présence d'un aspect légèrement aminci à 5 mm et hypoéchogène de la portion proximale du tendon sus-épineux droit avec présence d'une petite calcification près de l'insertion mesurant 1,5 mm.

Absence de lésion focalisée visible.

Les tendons sous-épineux et sous-scapulaire sont de morphologie normale.

Le tendon long biceps est en place dans sa gouttière de morphologie normale.

Absence d'épanchement articulaire notable.

Trophicité normale des muscles triceps, biceps et deltoïde.

Conclusion/

Aspect de tendinite du tendon sus-épineux droit avec petite calcification près de l'insertion tendineuse.

Pour les images, utilisez le lien : <http://sebta.ath.cx:8081/images/>
Login : 133875 Mot de Passe : 74855

