

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-809537

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8541 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance : 16/7/67

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1436,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'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 : C.258 Le : 7/17 1023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

RELEVÉ 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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

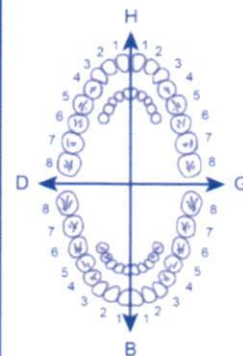
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

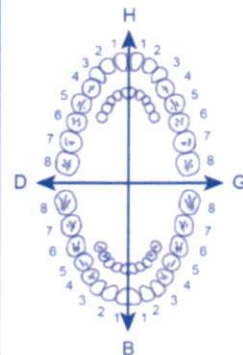
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
B	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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
2	-	28/06/2023	Virement	-	3 136,70	1 731,87	342,23	2 074,10
81367090	08/06/2023	Payé en : 20 jours		EL FASSI EL FIGHRI ABDELLAH	1 436,70	811,87	312,23	1 124,10
81367135	08/06/2023	Payé en : 20 jours		EL FASSI EL FIGHRI ABDELLAH	1 700,00	920,00	30,00	950,00
3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00	2 745,92	611,48	3 357,40
1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20	1 775,48	585,82	2 361,30
2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00	1 833,06	629,74	2 462,80
2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90	2 309,23	714,57	3 023,80

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.

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 إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية 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 الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية 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 وإبراجاع 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).

لمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

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

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: EL FASSI EL FIMRI ABDELAN

رقم الانخراط: N° Affiliation: 211314911

رقم التسجيل: N° Immatriculation: 14314 310778

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: 14181731819

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

العنوان: Adresse: 107, LAIMOUNE 1 VILLE NO 100

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs): 1436,70 DH

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes: 1037

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: EL FASSI EL FIMRI ABDELAN

تاريخ الإزدياد: Date de naissance: 27/02/1963

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: 14181731819

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

تصريح الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات Type de soins

Maladie* <input type="checkbox"/> مرض	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	تم تقديم الطرف المغلق*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة	Date de grossesse:	تاريخ الحمل:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء	Date prévue d'accouchement:	التاريخ المرتقب للولادة:
Accident* <input type="checkbox"/> حادث	Date d'hospitalisation:	تاريخ الاستشفاء:
	Date d'accident:	تاريخ الحادث:
	Causes:	أسباب الحادث:

Fait à: Le: 07/06/2023 توقيع المؤمن له (e) Signature de l'assuré (e)	حرب: في: أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	Fait à: Le: 15/06/2023 أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins
---	---	---

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

(La vente de cet imprimé est formellement interdite) يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: Date de dépôt du dossier:

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/06/2023	1036,70	PHARMACIE IDOUDRE SARL AU Dr. Lalila IDOUDRE N° 792 Av. des Facultés Quartier Lalmoune Hay Hassan, Magasin N° 5 Casablanca INP: UNPE: 092113125 ICE: 002954028000076

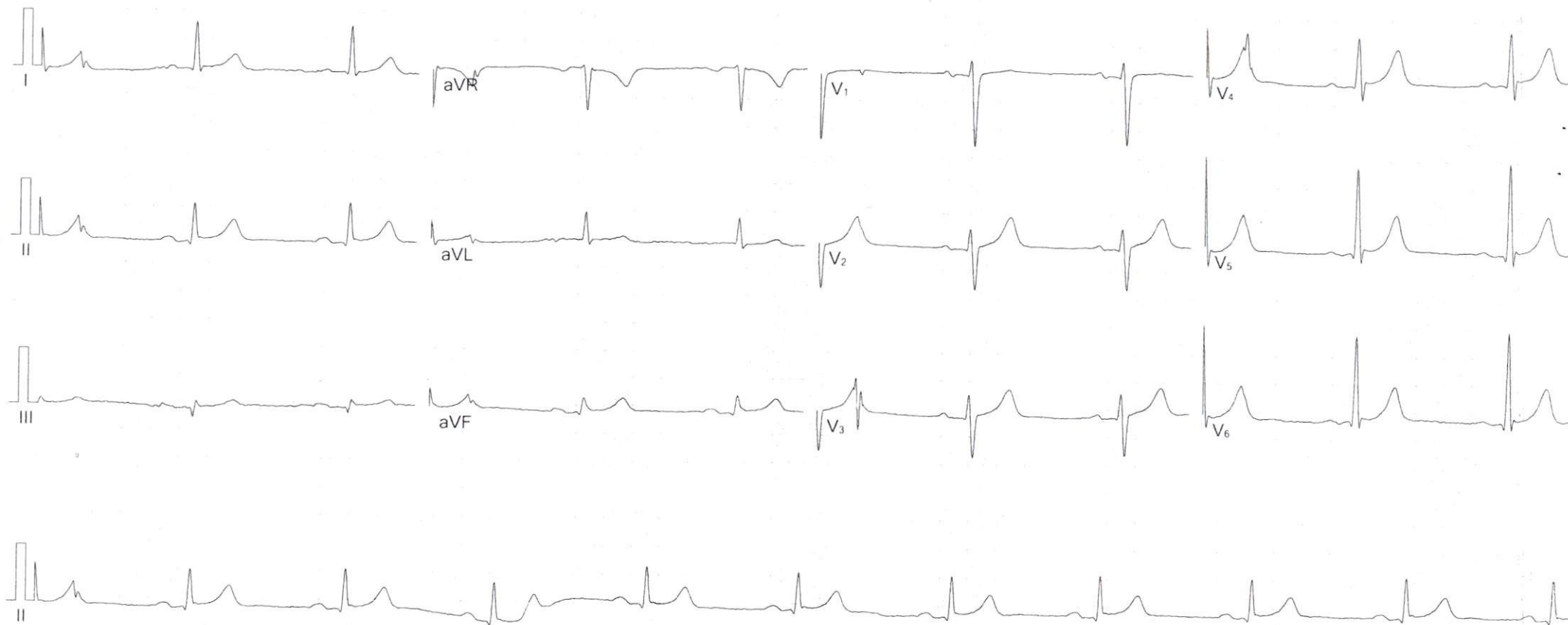
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

10mm/mV 25mm/s



Fréquence : 1000 Hz Interval.PR : 191 ms

Durée ECG : 40 s Interval.QT : 415 ms

FC : 55 bpm Interval.QTc : 397 ms

Durée P : 109 ms Axe P : 66.4°

Durée QRS : 86 ms Axe QRS : 33.9°

Durée T : 299 ms Axe T : 52.5°

Suggestion :

Total Batts 38, Batts Normaux 38,*** ECG Normal,

HA: 12.5/7

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

6 118001 100859
Cardensiel® 2,5 mg
Comprimés pelliculés sécables B/30
PPV: 50,70 DHS

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**
6 118000 100294

LOT 222561
EXP 08 2025
PPV 107,60

Stagid® 700 mg
100 comprimés sécables

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**
6 118000 100294

6 118000 021292

COVERSYL®
Péridopril arginine
Comprimés pelliculés sécables **5 mg**
6 118000 100294

PPV

COVERSYL
5 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

COVERSYL
5 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

PPV

COVERSYL
5 mg

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Qi,
Sidi Bernoussi, Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V : 167,00 DH
6 118001 183111

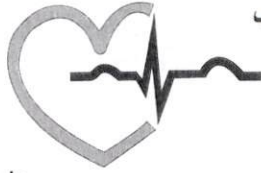
Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

15/05/23

Nom :

ABELFASSO EL FIKRI

Abdellah

PHARMACIE DOUDRE SARL AU

Dr. Jalila DOUDRE

N° 292 Av des Facultés Quartier Lalmoune

Hay Hassan Magasin N° 5

Casablanca

3 x ICE 50295402800076 = 152,10

SV 1/1 Cardenal 2.5 1cp/12 Moh
SV 2/1 Coveryl 5. 1/4 cp x 2/1 = 276,00
3/10. Phacex - 1cp/12
SV 4/1 Crestor 10. 1cp/12 3x 167,00
SV 5/1 Stages 1700. 1cp/12 = 501,00
6/1 Corvasel 1mg. 1cp x 2/1 1x 107,60

Total = 1036,70

DHS.

3 mos

79, rue de Rome angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

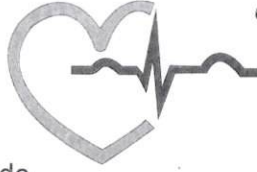
Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le :

15/05/2023

Nom :

ELPASSI ELAEMRI MOLELLAH

Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance
et vous adresse la note d'honneur de :

Correspondant à :

Consultation : 300 DH

ECG : 100 DH

- ☐ Echo-doppler cardiaque :
- ☐ Echo-doppler des TSA :
- ☐ Holter TA :
- ☐ Holter ECG :
- ☐ Epreuve d'effort :
- ☐ Echocardiographie de stress :
- ☐ Echographie trans-oesophagienne :
- ☐ Autres :

79, rue de Rome Angle bd 2 mars, res Carré d'Or - RDC - Casablanca

Tél.: 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

IF : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE : 001872067000018