

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.

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8541

Société :

R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 1436,70

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

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

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 07 JUIL. 2023

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 : Casablanca

Le : 7/17/2023

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | INP : <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

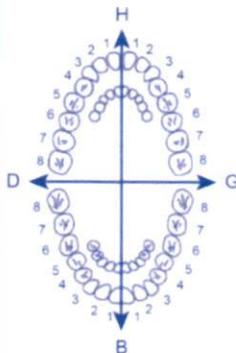
AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

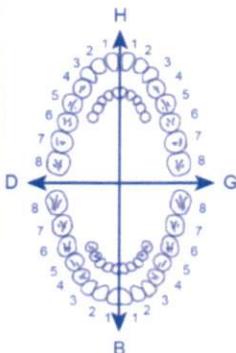
VOLET ADHERENT

* 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 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| | 00000000 | 11433553 |
| B | 35533411 | |

[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'EXE


CNOPS
 Le secteur n'est pas pour la santé

[Mon compte](#) [Déconnexion](#) [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](#) [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 FIHRI ABDELLAH | 1 436,70 | 811,87 | 312,23 | 1 124,10 |
| 81367135 | 08/06/2023 | Payé en : 20 jours | | EL FASSI EL FIHRI 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 |

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Tarihi الإيداع :

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقّع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، إلخ...).

المؤمنون غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التغطية لدى التغطية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقّعهم وختّامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التغطية عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبرجاع المبالغ المكتوبية بغير حق دون الأخذ 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 للتغطية.

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

رقم الانحراف:
رقم التسجيل:

علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن (ة)*

N° du Tél (optionnel):
Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **EL FASSI EL FIRRI ABDELAH**
N° Affiliation : **12134911**
N° Immatriculation : **143143107781**
N° CIN : **184873919**

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

Conjoint زوج Enfant ابن ابنة
Adresse : **LOT. LAIMOUNE 1 VILLA N° 100**
LISSASSA CASAPLANCA

Montant des frais (Dhs) : **14367075DH**
اجمالي المصاري (بالدرهم) :
Nombre de pièces jointes : **1037**

Declaration du médecin traitant
تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي
المستفيد من العلاج
Nom et prénom : **EL FASSI EL FIRRI**
Date de naissance : **21/02/1963**
N° CIN : **184873919**
Sexe* : Masculin ذكر Féminin اثنة
الجنس* :

Identification du médecin traitant
تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)
05163063

Type de soins
نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق*:
Tarihi الحمل
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Tarihi المرتقب للولادة
Date d'hospitalisation :
Tarihi الاستشارة
Date d'accident :
Tarihi الحادث
Causes :
أسباب الحادث :

| | | |
|--|--|--|
| Fait à : CASAPLANCA Le : 07/06/2023 Toujours le : Signature de l'assuré (e) | حرر بـ : في : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. | Fait à : Le : 14/06/2023 أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. |
|--|--|--|

Cachet et signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

* ضع علامة في الخانة المناسبة

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

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والمصور

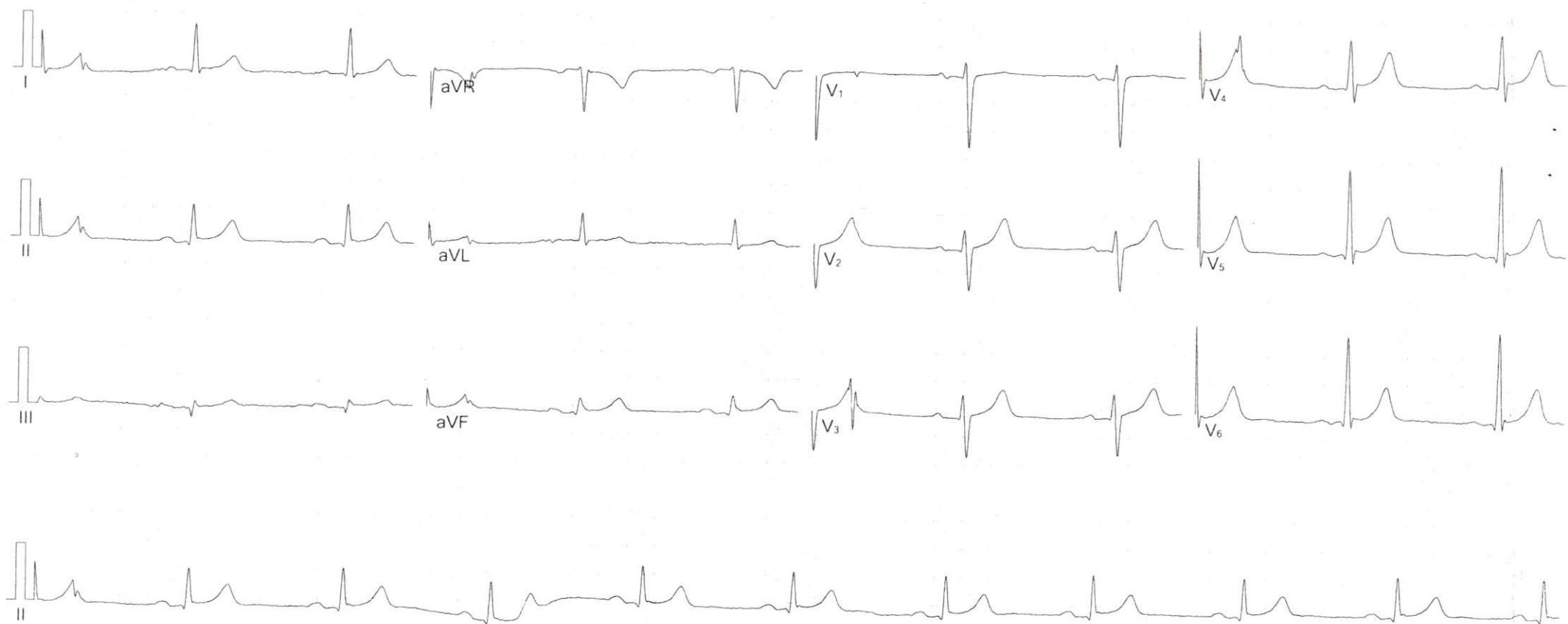
Actes Paramédicaux

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 style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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,

GHA: 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

7862160246

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



6 118000 021292

COVERSYL®

Péridopril arginine
 Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

COVERSYL®

Péridopril arginine
 Comprimés pelliculés sécables **5 mg**



6 118000 100294

PPV

Coversyl
 5 mg

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

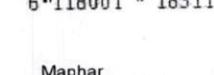
Coversyl
 5 mg

Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V : 167,00 DH



Maphar

Bd Alkimia N° 6, QI,
 Sidi Bernoussi, Casablanca

Crestor 10mg cp pell b30

P.P.V : 167,00 DH



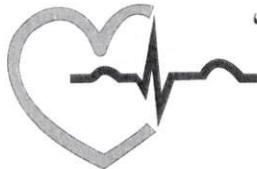
6 118001 183111

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. BENOMAR

Cardiologie Adulst
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège
Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام أحجيج بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيك - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le :

15/05/23.

Nom : M^{me} ELFASSI EL FIHRI

Abdelkader

PHARMACIE DOUDRE SARL AU

Dr. Jalila DOUDRE

N° 292 Av des Facultés Quartier Lalmoune

Hay Hassani Magasin N° 5

Casablanca

3 x 50,70 = 152,10

ICE : 002954028000076

SV 50 ml Cardenell 2,5, lepfl moh
3x 92,00 = 276,00

SV 250 ml Covergyl 5, 1/2 cup * 2
3x 60 ml lepfl imidi
3x 60 ml Placek : lepfl

SV 40 ml Crestor 10, lepfl
3x 167,00 = 501,00

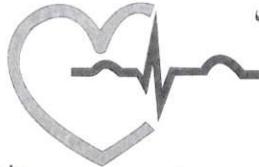
SV 50 ml Stegic 1700, lepfl
1x 107,60

60 ml Cowasol drgs, lepfl x 2

Total = 1036,70
DHS. ~~3 Mous~~

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
اختصاصية في أمراض القلب
للكبار والأطفال
خريجة كلية الطب
بلبيح - بلجيكا
طبيبة سابقة بمستشفيات
مونتولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le : 15/03/2013

Nom : ECPA 851 EL PENCH Modellik

Note d'honoraires

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

Correspondant à :

Consultation : 300 DM
ECG : No PH

- 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

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

ICE : 001872067000018