

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.

M22- 0052192

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1480 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 167496
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RAOUIS
 Date de naissance : 26.06.49
 Adresse : cité ATTADAMOUNS Rue 9, 1er6 OULFA CASABLANCA
 Tél. : 0663878063 Total des frais engagés : 1696,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CNOPS.

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Aminat Age : 67

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 : CASABLANCA Le : 19/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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

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

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'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

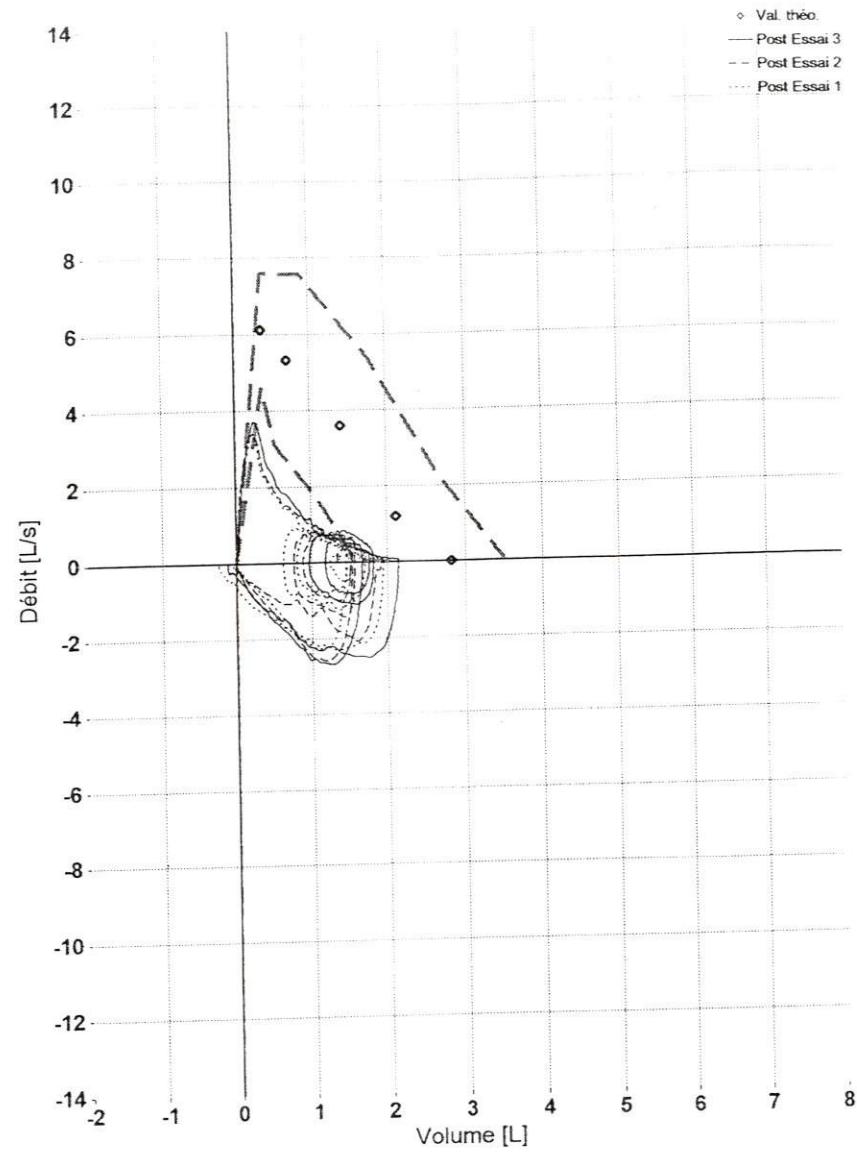
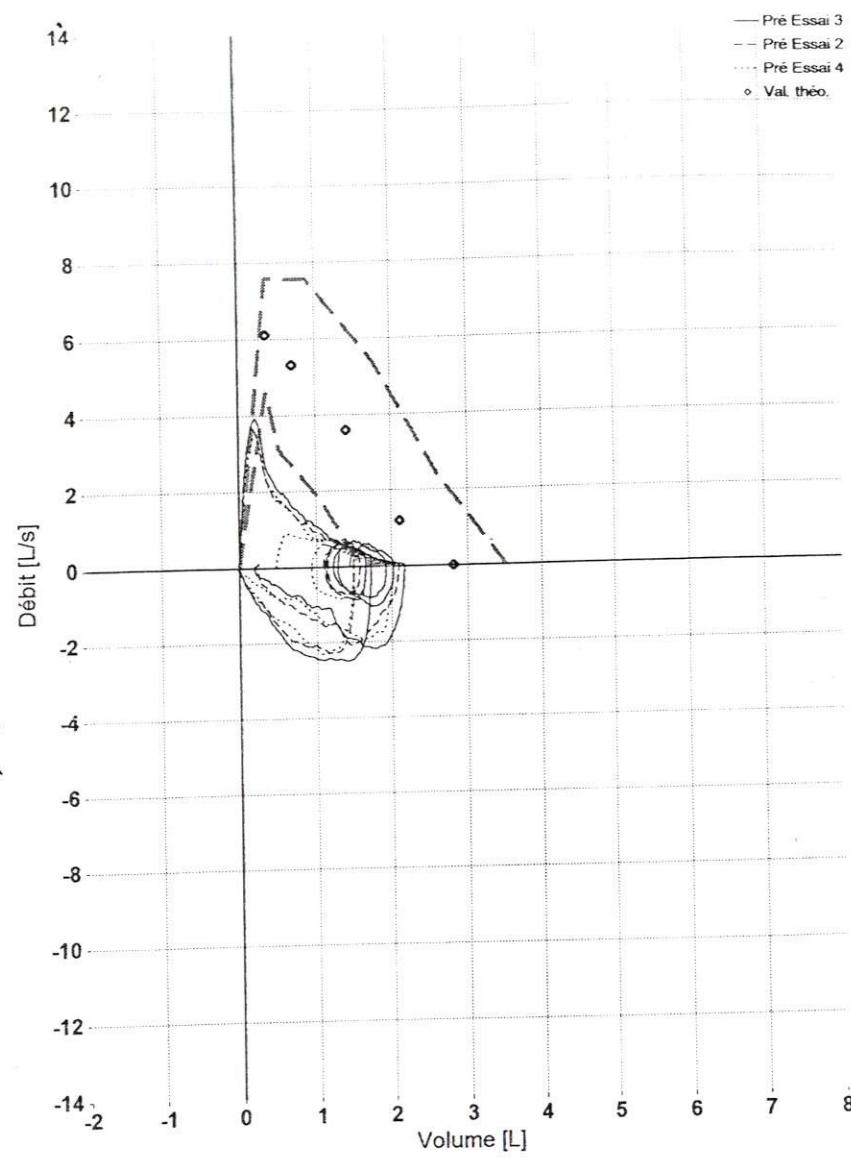
DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. GADDAR Wassil
 Pneumologue
 Rue Lavoisier Abpt 12
 Bourtier Des hopitaux
 Tél: 0522 860 444

Cabinet de pneumologie Dr GADDAR

Benjalloun, Amina

Sexe Féminin
Ethnicité Caucasiens

Taille 168 cm
Poids -- IMC--

ID: benjalloun amina

Age: 67 (01/03/1956)

CV et BDV

Date du test 19/04/2023 12:09:01
Heure post 19/04/2023 12:43:13

Interprétation
Val. théo.

GOLD(2008)/Hardie
ERS/ECCS

Sélection de valeur
BTPS (insp/exp)

Meill. valeur
1,12/1,02

Post

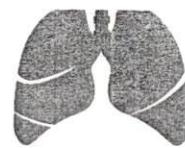
Votre âge pulmonaire: 106

Paramètre	Théo.	Lin	Meilleur	Essai 3	Essai 2	Essai 4	%Théo.	Meilleur	Essai 3	Essai 2	Essai 1	%Théo.	%chg
CVF [L]	2,81	2,10	2,18	2,18	2,10*	2,03*	77	2,14	2,14	1,95*	1,95*	76	-2
VEMS [L]	2,36	1,73	1,37*	1,37*	1,30*	1,23*	58	1,38*	1,38*	1,31*	1,23*	58	0
VEMS/CVF	0,763	0,655	0,631*	0,631*	0,620*	0,606*	83	0,642*	0,642*	0,671	0,629*	84	2
TEF [s]	-	-	7,2	7,2	6,6	7,6	-	6,1	6,1	4,8	6,4	-	-15
CVIF [L]	2,81	2,10	2,04*	1,93*	1,84*	2,04*	73	2,25	2,25	1,98*	2,19	80	10
DIP [L/s]	-	-	2,20	2,20	2,10	1,93	-	2,53	2,53	2,09	2,32	-	15
DEF25% [L/s]	5,33	3,11	1,95*	1,95*	1,73*	1,82*	37	2,11*	2,11*	1,97*	1,81*	40	8
DEF50% [L/s]	3,60	1,79	0,93*	0,93*	0,88*	0,67*	26	0,97*	0,97*	1,02*	0,73*	27	4
DEF75% [L/s]	1,20	0,06	0,36	0,36	0,32	0,25	30	0,35	0,35	0,39	0,33	29	-1
DEF25-75% [L/s]	2,74	1,34	0,77*	0,77*	0,74*	0,62*	28	0,79*	0,79*	0,85*	0,69*	29	2
DEM25 [L/s]	1,20	0,06	0,36	0,36	0,32	0,25	30	0,35	0,35	0,39	0,33	29	-1
DEM50 [L/s]	3,60	1,79	0,93*	0,93*	0,88*	0,67*	26	0,97*	0,97*	1,02*	0,73*	27	4
DEM75 [L/s]	5,33	3,11	1,95*	1,95*	1,73*	1,82*	37	2,11*	2,11*	1,97*	1,81*	40	8
DEP [L/min]	367	278	236*	236*	221*	211*	64	224*	224*	204*	204*	61	-5
DEP [L/s]	6,12	4,64	3,94*	3,94*	3,68*	3,52*	64	3,73*	3,73*	3,41*	3,40*	61	-5
Qualité du test	Pré	A (VEMS Var=0,07L (5,2%); CVF Var=0,08L (3,5%))											

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Appt 12
Quartier Des hôpitaux
tel: 0522 860 444

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

الصيغة - الحساسية
أمراض النوم - الإلقاء عن التدخين
الفحص بالميطرار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le :

19 AVR 2023

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles



اختصاصي في أمراض الجهاز التنفسى

الصيغة - الحساسية
أمراض النوم - الإلقاء عن التدخين
الفحص بالميطرار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 19 AVR 2023

Bon de règlement

: BENJALOUN Amin

: spirographie

: 600 DH

Patient

Examen

A Payé

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Appt 12
Quartier des hôpitaux
Tel: 0522 860 444

رقم 11، ربيعة أبو الحسن العسكري (اللؤلؤي سانيا) الطابق 5 (مصدع مفتوح) السفحة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء
11, Rue Abu Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5th Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca

🕒 Urgence 06 77 20 20 24 ☎ 05 22 860 444 ⓐ drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065

PNEUMOLOGUE

Asthme - Allergies
Pathologie du Sommeil
Arrêt du Tabac
Spirométrie - Bronchoscopie
Tests Cutanés
Maladies professionnelles

الصيغة - الحساسية
أمراض النوم - الإلقاء عن التدخين
الفحص بالميطرار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Re BENJALOUN Amin

19 AVR 2023

189,50 1- Foralort 200/6

18 - 0 - 18 : At 3 aui
- avec la chambre d' inhalat
- je rince la bouche apr

307,00 2. 2- Singulair 10 mg
1cp/1 Vdt (S.A.)
3 aui le sei.

293,00 3- Prinomax 25.
1,096,50 1x/5 aui

DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Appt 12
Quartier des hôpitaux
Tel: 0522 860 444

رقم 11، ربيعة أبو الحسن العسكري (اللؤلؤي سانيا) الطابق 5 (مصدع مفتوح) السفحة 12 في المستشفيات - الدار البيضاء

11, Rue Abu Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5th Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca

🕒 Urgence 06 77 20 20 24 ☎ 05 22 860 444 ⓐ drgaddar@gmail.com

ICE: 00202322000065

Description des actes effectués

وصفت العمليات المجرأة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مِنْ أَكْثَرِ الْمُؤْمِنِينَ وَالْمُسْكِنِ

جريدة الوصاية التي تم تضليلها والخداعات المكبلة بالمدونة

1

Actes Paramédicaux	
المبلغ المفوتر Montant facturé	قيمة المعاشر Valeur Clé
معامل المدليات lettre clé + Coréation NGap	رمز المعاملات Code des actes

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



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 Khilil, B.P 209- Rabat.

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

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيologique عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وباتي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الأخلاص 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 للتعاونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بالمؤمن (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BENJALLOUN Amima

رقم الانخراط :

1513844

رقم التسجيل :

93818301532

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

A787674

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint

زوج

ابن

ابنة

طفيل

طفيل

العنوان :

آيت تادامون، rue 2, n° 6 Agharsi

EP ouffa CASABLANCA

إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Montant des frais (Dhs) : 169,6,50

Nombre de pièces jointes :

09 pièces

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : BENJALLOUN Amima

تاريخ الإيداد :

10/13/156

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

A787674

الجنس* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

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

0911168867

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات تم تقديم الظرف المغلق * :

oui non

تاريخ الحمل :

النار

التاريخ المرتقب للولادة :

النار

تاريخ الاستشارة :

النار

تاريخ الحادث :

النار

أسباب الحادث :

DR. GABRIEL

حرر :

Le : 19/4/23 في :

تصديق المؤمن (ة)

أصرح بحقنائية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادقة

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



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

💡 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	-	2 539,10	1 299,22	206,92	1 506,14
	80966936	19/05/2023	Payé en : 40 jours	BENJALLOUN AMINA	1 696,50	786,65	121,52	908,17
	81046064	24/05/2023	Payé en : 35 jours	BENJALLOUN AMINA	842,60	512,57	85,40	597,97
1	-	27/06/2023	Virement	-	2 026,70	1 184,87	162,26	1 347,13
1	-	22/06/2023	Virement	-	1 731,70	1 358,40	5,00	1 363,40
1	-	05/04/2023	Virement	-	805,70	528,25	88,98	617,23
4	-	17/02/2023	Virement	-	4 455,10	1 090,20	161,54	1 251,74
1	-	02/02/2023	Virement	-	1 563,30	1 262,20	5,00	1 267,20
1	-	03/12/2022	Virement	-	1 300,00	400,00	50,00	450,00

MME BENJALLOUN AMINA
 CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
 OULFA
 CASABLANCA
 CASABLANCA CENTRE DE TRI
 20000

Royaume du Maroc



N° de Dossier : 80966936 Date et heure : 19/05/2023 10:19

Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA

Immatriculation : 93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 1 696,50 Nombre de pièces : 9

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :