

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 canaux, 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 canaux.

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



Déclaration de Maladie

M22- 0052192

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHA / 67426
Date de naissance : 26.06.49
Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 9, 126 OULFA
CASABLANCA
Tél : 0663875063 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 AminA 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 : 19/05/2023
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

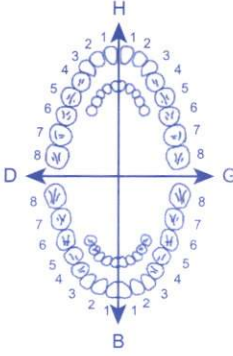
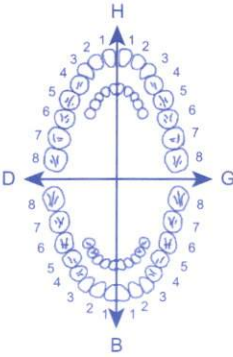
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

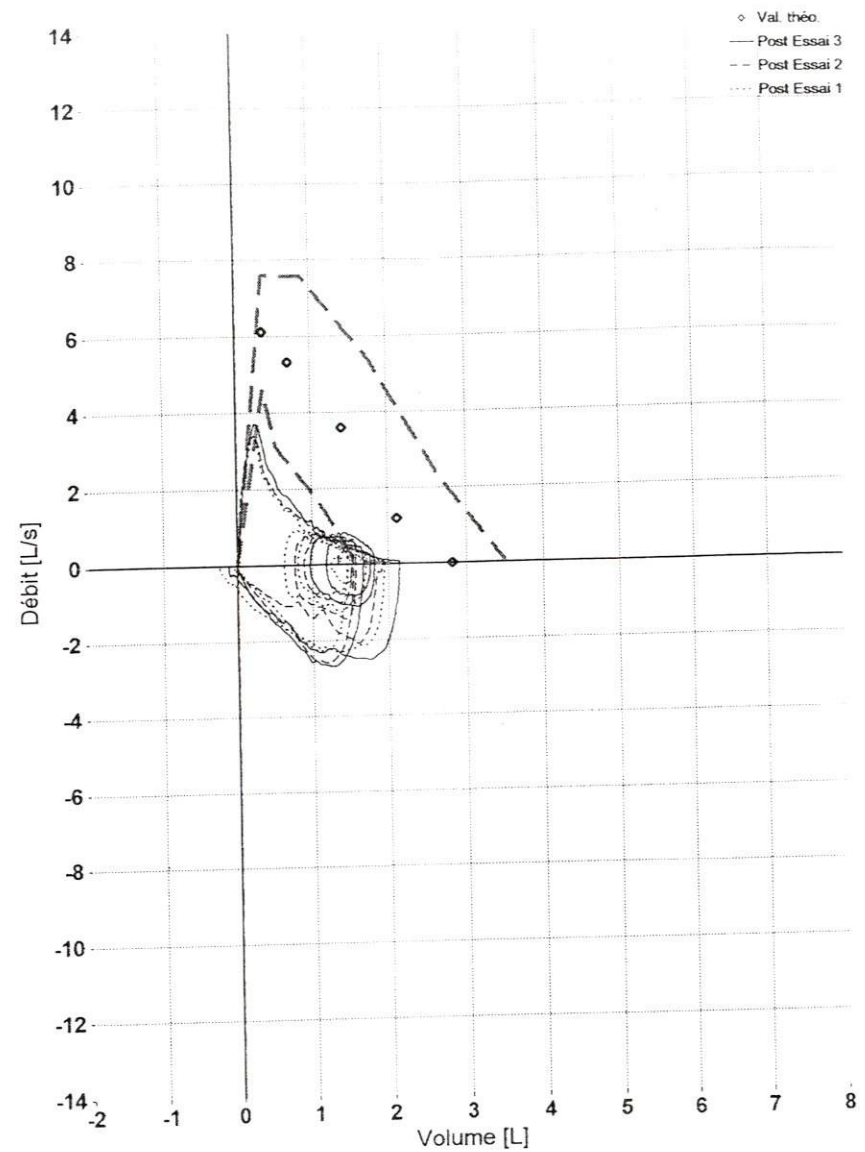
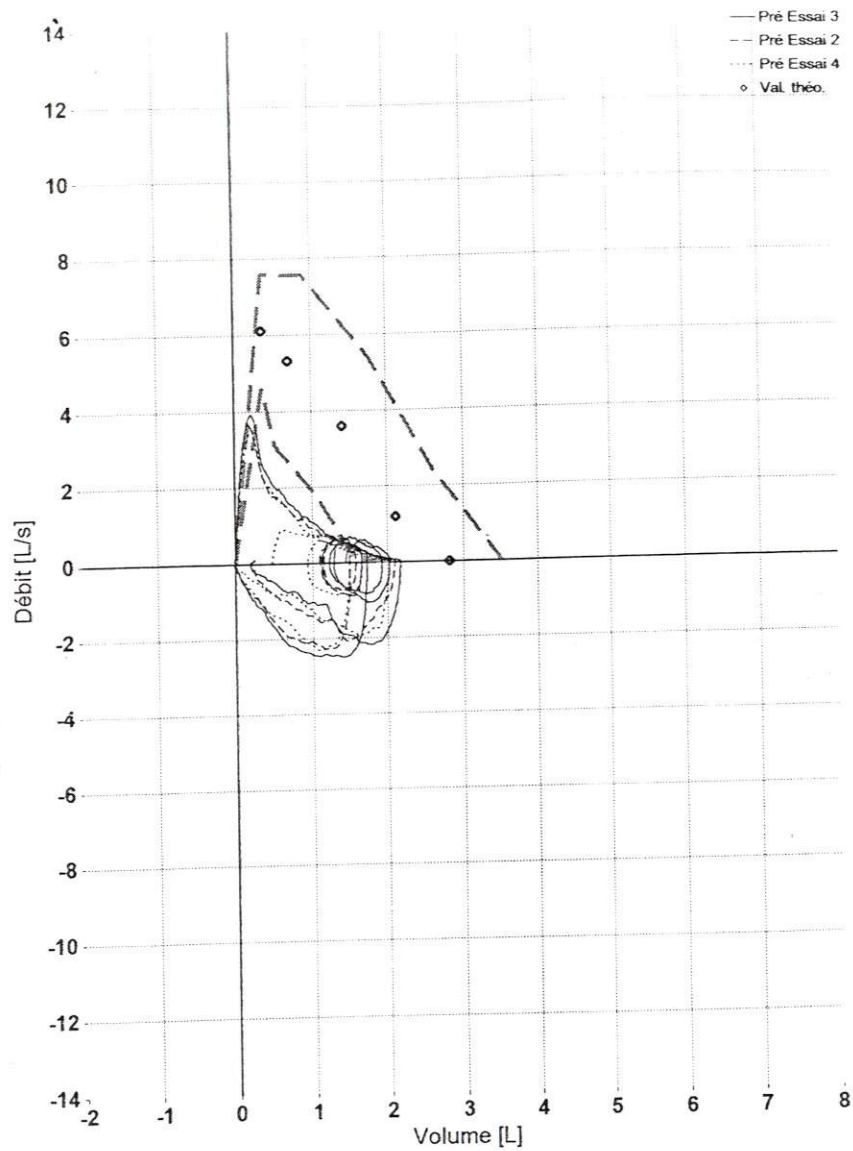
Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



DR. GADDAR Wassil
Pneumologue
Rue Lavoisier Appt 12
Quartier Des Hopitaux
Tél: 0522 860 444

Cabinet de pneumologie Dr GADDAR

ID: benjalloun amina

Age: 67 (01/03/1956)

Benjalloun, Amina

Sexe Féminin
Ethnicité Caucasien

Taille 168 cm
Poids -- IMC--

CV et BDV

Votre VEMS/théorique: 58%

Votre âge pulmonaire: 106

Date du test	19/04/2023 12:09:01	Interprétation	GOLD(2008)/Hardie		Sélection de valeur		Meill. valeur	
Heure post	19/04/2023 12:43:13	Val. théo.	ERS/ECCS		BTPS (insp/exp)		1,12/1,02	
		Pré			Post			
Paramètre	Théo.	LIn	Meilleur	Essai 3	Essai 2	Essai 4	%Théo.	%chg
CVF [L]	2,81	2,10	2,18	2,18	2,10*	2,03*	77	-2
VEMS [L]	2,36	1,73	1,37*	1,37*	1,30*	1,23*	58	0
VEMS/ CVF	0,763	0,655	0,631*	0,631*	0,620*	0,606*	83	2
TEF [s]	-	-	7,2	7,2	6,6	7,6	-	-15
CVIF [L]	2,81	2,10	2,04*	1,93*	1,84*	2,04*	73	10
DIP [L/s]	-	-	2,20	2,20	2,10	1,93	-	15
DEF25% [L/s]	5,33	3,11	1,95*	1,95*	1,73*	1,82*	37	8
DEF50% [L/s]	3,60	1,79	0,93*	0,93*	0,88*	0,67*	26	4
DEF75% [L/s]	1,20	0,06	0,36	0,36	0,32	0,25	30	-1
DEF25-75% [L/s]	2,74	1,34	0,77*	0,77*	0,74*	0,62*	28	2
DEM25 [L/s]	1,20	0,06	0,36	0,36	0,32	0,25	30	-1
DEM50 [L/s]	3,60	1,79	0,93*	0,93*	0,88*	0,67*	26	4
DEM75 [L/s]	5,33	3,11	1,95*	1,95*	1,73*	1,82*	37	8
DEP [L/min]	367	278	236*	236*	221*	211*	64	-5
DEP [L/s]	6,12	4,64	3,94*	3,94*	3,68*	3,52*	64	-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 hopitaux
Tel: 0522 860 444

PNEUMOLOGUE



اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

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

الصفقة - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le :

19 AVR 2023

Bon de règlement

Patient

: BENJALOUN AMINA

Examen

: spirométrie

A Payé

: 600 DH

DR. GADDAR WASSIL
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Apt 12
Quartier des hôpitaux
Tél: 0622 860 444

رقم 11، ريفه أبو الحسن العسكري (الأفواربي سابقا) الطابق 5 (مجمع منوور) السقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء
11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

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

ICE: 002023220000065

PNEUMOLOGUE



اختصاصي في امراض الجهاز التنفسي

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

الصفقة - الحساسية
أمراض النوم - الإقلاع عن التدخين
الفحص بالمنظار - فحص وظائف الرئة
اختبار الحساسية
الأمراض المهنية

Casablanca le : 19 AVR 2023

BENJALOUN AMINA

189,50

Foralort 200/1

18 - 0 - 18 At 3 mois

- avec la chambre d'inhalation
- se rincer la bouche après

307,00 x 2.

2- Singulair 107

1cp/j At 3 mois le soir.

293,00

3- Primovax 23.

1.096,50 x 5 ans

DR. GADDAR WASSIL
Pneumologue
11, Rue Lavoisier Apt 12
Quartier des hôpitaux
Tél: 0622 860 444

رقم 11، ريفه أبو الحسن العسكري (الأفواربي سابقا) الطابق 5 (مجمع منوور) السقة 12 حي المستشفيات - الدار البيضاء
11, Rue Abou Hassan Askari (ex - Lavoisier) 5^{ème} Etage (avec ascenseur), appart. 12, quartier des hôpitaux - Casablanca.

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

ICE: 002023220000065

2015年11月10日

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'execution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الممثل أو ممثل المؤسسات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
19.01.2023	1 - 1096,50	Dr. Benham Jaafar 02, Bd. Oued Sebou - Ouf CASABLANCA Tél: 0522 901099

INP: []

INP: _____

INP:



GTIN 18901117248882
LOT 1B21049
EXP 07/2024
S/N 50690801457592

PPV : 189 DH 50



118001 160181

SINGULAIR® 10 mg.
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés
AR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

Lot W036636
EXP 08 2025



SINGULAIR® 10 mg
Montelukast sodique.
Boîte de 28 comprimés pelliculés.
PAR MSD MAROC B.P. 136 - BOUSKOURA
P.P.V: 307,00 DH
AMM 206DMP/21/NCI

W007088

02-11-2023

NEUMOVAX 23
Suspension injectable de 0,5 ml.
Boîte d'une seringue pré-remplie.
PPV.293.00DH
N° d'AMM 463/17 DMP/21/NNP
Distribué par MSD MAROC, B.P 136 Bousko



Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الماءات الاحياء، الاقوة والماء

[illegible]

Actes Paramédicaux

توقيع وإيصال الصيدلي Signature et Cochet du Pharmacien	المبلغ الفاتورة Montant facturé	القيمة Valeur Clé	الرمز الوطني Lettre clé + Cotation NCAP	رمز الإحداثيات Code des actes	تاريخ الإحداثيات Dates des actes

مجلات المساهمين العرب

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 التعريفية 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).

للمزيد 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 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع

CNOPS

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

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

Nom et prénom: الاسم العائلي والشخصي: BENJALLOUN Amina

N° Affiliation: رقم الانخراط: 153844

N° Immatriculation: رقم التسجيل: 938 230532

N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية: A78767

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

Adresse: العنوان: Cité Tadamone, rue n° 6 Azhar EP oulfa CASABLANCA

Montant des frais (Dhs): إجمالي المصاريف (بالدرهم): 1696,50

Nombre de pièces jointes: عدد الوثائق المرفقة: 09 pièces

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: الاسم العائلي والشخصي: BENJALLOUN Amina

Date de naissance: تاريخ الميلاد: 15/13/56

N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية: A78767

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

Identification du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins		نوع العلاجات	
Maladie*	<input checked="" type="checkbox"/> مرض	Pli confidentiel remis*	<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: حارب: CASABLANCA
Le: في: 19/4/23
Signature de l'assuré (e): توقيع المؤمن (ة):
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: حارب: CASABLANCA
Le: في: 19/4/23
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



/portailapps/www/index.php/assures/authentification



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

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

CNORS **Reçu de Réception**

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 :		