

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.

M23-0018769

173867

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13059

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bannour Dorkaf.

Date de naissance : 27/08/1981

Adresse : Résidence des champs 2 ALTEFS

Nassim.

Tél. : 06 34 62 2820 Total des frais engagés : 680,06 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Benhniini Mohammed Age: 11 ans

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 : Accident domestique,

Chute de plain pied avec réception sur le bord d'une chaise
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.

entretenant une plaie de obtaire + vns

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 : 31/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : Bannour Dorkaf

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

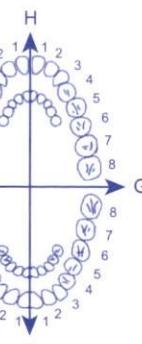
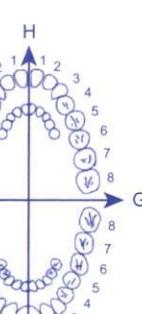
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE		
		H 25533412 21433552 00000000 00000000 D —————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

Instructions à suivre

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 si l'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 Khalbil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

Instructions à suivre

Il faut renseigner la feuille de soins avec toutes les informations nécessaires (ordonnance médicale, facture, code à barres, etc.).

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Il faut également renseigner la feuille de soins avec les informations suivantes : nom et prénom du patient, date de naissance, sexe, adresse, numéro de CIN, numéro de l'INPE du médecin traitant et du professionnel de santé, date de l'acte, signature et cachet du professionnel de santé.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Instructions à suivre

Date de dépôt du dossier :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladieالتأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

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

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

BENHNINI Fouad

N° affiliation :

364464

N° immatriculation :

931923543

N° CIN :

055321585

Lien de parenté du bénéficiaire
avec l'assuré(e)*Conjoint زوج ابن Enfant العنوان : Résidence le champs L App 9 Imm F
Fennririn casablanca

Montant des frais (Dhs) :

680,60 Dhs

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENHNINI MOHAMMED

13/09/2012

Date de naissance :

N° CIN :

Masculin ذكر Féminin انثى

Identification du médecin traitant

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

091140186

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق *

تاریخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاریخ الاستشارة :
تاریخ الحادث :
أسباب الحادث :

Pli confidentiel remis * : oui non

Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :Fait à : حرر ب :
Le : 21/06/2013 في :
توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré (e) اشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.Fait à : حرر ب :
Le : في :
أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.توقيع وطابع الطبيب المعالج
أو المؤسسة الصحيةCachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

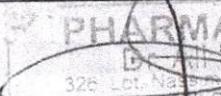
Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطبع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15/06/23	180,60	 <p>PHARMACIE H₂O D. A. M. BADRY 326 Lot. Nassim 2000 quartier NASSIM MARRAKESH CASABLANCA Tél. Fax : 05 22 89 05 00 www.dambadry.ma</p>
	INP: 092981648	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

INP: 0929816-8

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

تاریخ العمليات **رمز العمليات**
Dates des actes **Code des actes**

INP:

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

INP: | | | | | | | |

INP:

Code : PR4FR09

Version : 02

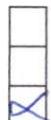
Date : 13/07/2023

Je soussigne :

Bannour Dossaf
13059

Matricule :

Déclare sur honneur avoir été victime d'un incident :



- Moi-même
Mon conjoint
Mon enfant

Lieu : *A Domicile*

Date d'accident : *15/06/2023*

Causes et circonstances : *Mon fils a trébuché en jouant, et a heurté une chaise ce qui lui a entraîné une blessure sous l'œil - gêne avec rougeur au niveau de l'œil et plaie de 2 cm de long + profonde. Le tout avec des vomissements incroyables.*

Important :

- Cette déclaration sur l'honneur doit être établie dans les 48 heures de l'incident ;
- La MUPRAS se réserve le droit de mener une enquête ou une contre visite à tout moment conformément au règlement intérieur ;
- Toute fausse déclaration ou tentative de fraude engagera son auteur ;
- Cette déclaration doit être légalisée.

Faite à :

Casablanca

le, *04/09/2023*

Signature légalisée :



Arrondissement Hay Hassani
Pour le Président et par Délegation
Signé: Adil MAJIDI





Casablanca le : 15.06.2023.

BON DE REGLEMENT

Reçu de : Enf BENHNINI Mohammed

La somme de : CINQ CENT DIRHAMS
500DH

Pour : V2 consultation en urgences après
22 :00

Cachet et signature



Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma
RC : 416933 - I.F : 1051442 - T.P : 34788018 - C.N.S.S. : 6448395 - I.C.E. : 002077199000057

FRAKIDEX®

Pommade ophtalmique
Phosphate sodique de dexaméthasone
framycétine

Lisez attentivement l'intégrale avant d'utiliser ce médicament. Elle contient des informations importantes sur votre traitement et sur votre maladie. Si vous avez des questions, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien. Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, car cela pourrait lui être nocif. Gardez cette notice, vous pourrez avoir besoin de la relire.

Les substances actives sont : pour 100 g
Dexamethasone (phosphate sodique de) 0,1 g
Framycétine (sulfate de) 315 000 UI

Les autres composants sont : vaseline et paraffine liquide.

DÉTENTEUR DE LA D.E / AMM:

LABORATOIRE CHAUVIN

416, rue Samuel Morse - CS 99535
34961 Montpellier Cedex 2, France

Nom et adresse du fabricant / conditionneur:

Dr. Gerhard Mann

Chem.-pharm. Fabrik GmbH

Brunsbütteler Damm 165/173

13581 Berlin, Allemagne

Distribué au Maroc par:

AMM N° 3019/DM/21/MG/2000
Avertissement: Médicament à usage externe.
Fracture de la paupière inférieure dans les cas de maladie cardiaque.
L'application de la pommade peut entraîner une réaction allergique.
Agit d'un collagène sans effet sur les médicaments.
FRAKIDEX pom. Ophtha 5 g

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets



PPV-79-10-DH
PER-01-12-PS

AUGMENTIN
500mg/62,50mg
12 sachets

118000160243

agit d'un collagène sans effet sur les médicaments.
Fracture de la paupière inférieure dans les cas de maladie cardiaque.
L'application de la pommade peut entraîner une réaction allergique.
Agit d'un collagène sans effet sur les médicaments.

Surdosage:

Aucun surdosage n'a été rapporté. Il peut entraîner un passage des principes actifs opacification du cristallin et cicatrisation de la conjonctive.

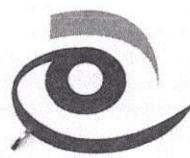
3. COMMENT UTILISER

Voie locale. En application oculaire, soigneusement les mains. Eviter de toucher les paupières avec l'embout du tube. Reboucher.

Après utilisation, 1 à 3 applications par jour. Appliquer une quantité équivalente à un grain de riz dans le cul de sac conjonctival inférieur de l'œil malade ou des yeux malades et éventuellement sur le bord de la paupière.

Pour ce faire, tirer la paupière vers le bas tout en regardant vers le haut et déposer la pommade entre la paupière et le globe oculaire. Ne pas toucher l'œil et les paupières avec l'extrémité du tube. Reboucher le tube de pommade après utilisation.

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



محة العيون للدلار البيضاء

Maladies et Chirurgie des yeux - Laser - Angiographie - Lentilles de Contact

Casablanca le : 15/06/2023

Ben Amni Mohammed

11 Ay sin. 500
#9,9042

S.V.

α_3 / \sqrt{A}

pd 8 7/12

**OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA**
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tel.: 0522 25 71 71 - Fax : 0522 25 11 15
Sarl au Capital de 1

Dr. J. ZAJÍČEK
Ophthalmostolog
13, Štěpánská 1118/10
Tel.: 023 7140711
Fax: 023 7140738

Urgence 24/24

Sarl au Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca

Capital de 1 200 000,00 MAD - 13, Rue des Papillons - Oasis - Casablanca
Tél. (LG) : 05.22.25.71.71 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

Ref. (EGT : 03.12.22.25.7.1/1) - FAX : 03.22.22.11.11 - VILLE DE MONTAUBAN



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app



(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnection)

Mode Sûreté

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	-	30/08/2023	Virement	-	2 180,60	935,86	113,57	1 049,43
81893477	10/07/2023	Payé en : 51 jours		BENHNINI MOHAMMED	1 500,00	672,00	84,00	756,00
81893423	10/07/2023	Payé en : 51 jours		BENHNINI MOHAMMED	680,60	263,86	29,57	293,43
1	-	03/05/2023	Virement	-	809,20	434,44	81,67	516,11
1	-	22/03/2023	Virement	-	2 020,00	120,00	5,00	125,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆