

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.

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
M23-0018755

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 13058 Société : RAM / 73866
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF
 Date de naissance : 27 / 08 / 1981
 Adresse : Résidence les champs 2 ART
 F9 NASSIM
 Tél. : 0634622820 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade : Benhuni 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

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. chaise entraînant une plaie avec

des vomissements incoercibles.

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

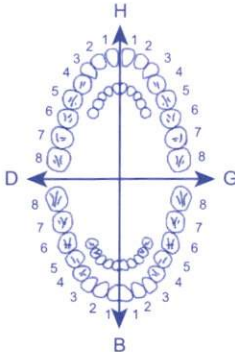
[illegible][illegible][illegible][illegible]

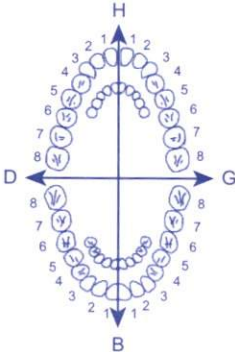
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient			
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
						DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>		

O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> H 25533412 00000000 D </div> <div style="text-align: left;"> H 21433552 00000000 G </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: right;"> 00000000 35533411 B </div> <div style="text-align: left;"> 00000000 11433553 B </div> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>	
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

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 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.

تعليمات يجب اتباعها

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 (أزوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل);

يجب أن تحصل 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 التعريف 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 وبإرجاع 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 بالطبقة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في 4 زقة 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:



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: **BENHMINI FOUAD** الاسم العائلي والشخصي:

N° Affiliation: **366466** رقم الانخراط:

N° Immatriculation: **034 9243543** رقم التسجيل:

N° CIN: **105539285** رقم بطاقة التعريف الوطنية:

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

Adresse: **RESIDENCE Le champ L App 2** العنوان:

Imam F. Ennassim, Casablanca

Montant des frais (Dhs): **1500 DH** إجمالي المصاريف (بالدرهم):

Nombre de pièces jointes: **4** عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

توقيع الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: **BENHMINI MOHAMMED** الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance: **13/09/2012** تاريخ الزيداد:

N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس:

Identification du médecin traitant

توقيع الطبيب المعالج

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

091140186

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض *
Maternité* ☐ أمومة *
Hospitalisation* ☐ إستشفاء *
Accident* ☐ حادث *

Pli confidentiel remis*: oui ☐ non ☐ تم تقديم الظرف المغلق: *
Date de grossesse: تاريخ الحمل:
Date prévue d'accouchement: التاريخ المرتقب للولادة:
Date d'hospitalisation: تاريخ الإستشفاء:
Date d'accident: تاريخ الحادث:
Causes: أسباب الحادث:

Fait à: **21/06/2013** حرر بـ:

Le: في:

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à: **21/06/2013** حرر بـ:

Le: في:

أشهر بصحة 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

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
15.6.23					

CIM - 10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

INP: []

INP: []

INP: []

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الإشعة والصور

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
16/06/23	1500			1500,00	

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: []

INP: []

INP: []

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA



صحة العيون
للدكتور البيضاء

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

Casablanca le : 15/06/23

Benlouni Mohamed

De = 1.1A

Ad = 0

Tout pour l'œil

2 CI + Vm - t in - m
Co, VL TON Cercle

OPHTALMO CLINIQUE
DE CASABLANCA
13, rue des Papillons OASIS
Casablanca
Tel : 0522 25 71 71 - Fax : 0522 25 11 15

Sarl au Capital de 1 200 000,00 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

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° : 85114 / 2023 du 16/06/2023

Nom patient	BENHNINI MOHAMMED	Entrée	16/06/2023
	PAYANTS	Sortie	16/06/2023

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
SCANNER CEREBRAL	1,00		1 500,00	1 500,00
			Sous-Total	1 500,00
Total Clinique				1 500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
MILLE CINQ CENTS DIRHAMS	Total 1 500,00

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Service Radiologie
Tél : 02 29 03 53 45
E-mail : hkm.ma



PATIENT : BENHNINI MOHAMMED

CASABLANCA, le 16/06/2023

TDM CEREBRALE

TECHNIQUE :

- Examen réalisé par un scanner multi barrettes, sans injection de produit de contraste par des coupes millimétriques, depuis le vertex jusqu'à la base du crâne avec reconstruction.

RESULTATS :

- A l'étage sus tentoriel :
 - Absence de lésion parenchymateuse au niveau de la substance blanche et de la substance grise.
 - Structures médianes en place.
 - Système cisterno-ventriculaire de taille et de morphologie normales.
- A l'étage sous tentoriel :
 - Absence d'anomalie parenchymateuse bulbo-protubérantielle ou hémisphérique cérébelleuse.
 - V4 en position médiane.
 - Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.
- Fenêtre osseuse :
 - Absence de trait de fracture.
 - Epaississement muqueux polypoïde maxillaire gauche d'allure chronique.

CONCLUSION :

- Absence de lésion de nature traumatique.
- Sinusite maxillaire gauche d'allure chronique.

En vous remerciant de votre confiance

Signé : **Dr EL BAKKARI ASAAD**

Dr : EL BAKKARI ASAAD
Spécialiste en radiologie
N°PE : 101282432

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid

Sise Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid, Boulevard du complexe administratif, Hay El Hassani,
BP 82403 Casa Oum Rabii, Casablanca, Maroc

Tél./Fax : +212 5 29 00 44 77

www.hck.fcim.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : Bannour Dorsaf
Matricule : 13059

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
Il a heurté une chaise en chutant entraînant
une plaie sous orbitaire gauche de 2 cm
± profonde avec rougeur oculaire et vomissements
incoercibles.

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 :



115500 13




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



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure_app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/decouvrir) 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>)

☆☆☆☆☆