

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

- Reclamation : 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.

M23-0018755

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 18059 Société : RAM A73866

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF

Date de naissance : 27/10/1981

Adresse : Résidence les champs 2 ART

Fq Nassim.

Tél. : 0634622820 Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Benhniini Mohammed Age: Mans

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 plafond avec réception sur le bord d'une chaise entraînant une plaie avec des vomissements inévitables

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 :

Le :

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

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	

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
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIBLES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يخص بقابعها

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 Khail, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

Instructions à suivre	تعليمات يخص بقابعها
La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);	يجب تعينة ورقة العلاجات والتوقع عليها وارقاها بمجموع الوثائق الأصلية المترتبة (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، الخ...).
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);	المؤمن عن مطالب بالإدلة، بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التغطية ولا بالإدلة بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زرورو، موقع المستندو للتعرف على المزيد من التفاصيل).
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;	يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وخطتهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.
Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;	يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية البرجعية.
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;	يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغطية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموالين لل تاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداءً من تاريخ انتهاء العلاج.
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);	يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقيدة وغير حق دون الأخذ 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).
Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.	للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للستندو www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتغطية.

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 Khail, B.P 209- Rabat.	بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمائهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان المستندو الكلنique 4، زقة الشabil ص ب 209 الرباط.
---	---

Logo CNOPS	ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie
------------	---

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري):
خاص بالمومن له (3)

الاسم العائلي والشخصي:

رقم الاندراط:

رقم التسجيل:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Nom et prénom : BENHNINI Fouad

N° de Tél (optionnel): 364466

Partie réservée à l'assuré(e)

N° d'Affiliation : 0BN 192 3543

N° d'Immatriculation : 1D 553 985

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*: Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Résidence le champs L App 2
Im. Am F Errachidia, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1500 DH

Nombre de pièces jointes : 4

Déclaration du médecin traitant

قبريس الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: BENHNINI MOHAMMED
المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: BENHNINI MOHAMMED
Date de naissance: 13/09/2012

N° CIN : 43092012

Sexe*: Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): 091140186

نوع العلاجات

Maladie* <input type="checkbox"/> مرض *	Pli confidentiel remis* : oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق*: تاریخ الجمل:
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة *	Date de grossesse :	التاریخ المرتقب للولادة:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء *	Date prévue d'accouchement :	تاریخ الاستشارة:
Accident* <input type="checkbox"/> حادث *	Date d'hospitalisation :	تاریخ الحادث:
	Date d'accident :	أسباب الحادث:
	Causes :	

Fait à: 21/06/2013 Le: 21/06/2013 Signature de l'assuré (e): BENHNINI Fouad	Fait à: 21/06/2013 Le: 21/06/2013 Signature de l'assuré (e): BENHNINI Fouad
أقر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	أقر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

دفع علامة في القاتمة المناسبة

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

Description des actes effectués

مقدمة المكتبات المعاصرة

CIM - 10

وهي الوصفات التي تم تهيئتها والتجهيزات الطيبة المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

OPHTALMO CLINIQUE DE CASABLANCA



محة العيون للدلار البيضاء

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

Casablanca le : 13/06/2023

Benlini ni Polined

$$\Delta e = 1.1 A$$

$$\underline{A \vdash J} = \emptyset$$

Tr. → fol. so →

$$\sum_{i=1}^n C_i + V_{mi} - t \text{ in } \text{Km/min}$$

Co, 411 T 02 Cerdle
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

Ref. (LG) : 05.22.25.7.1.1 - Fax : 05.22.25.11.15 - Web : www.occ.ma

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

FACTURE

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
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: 05 29 03 53 45 Fax: 05 22 89 28 54 N° INP 090061862, N°ICE 001740003000026



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-protubérante ou hémisphérique cérébelleuse.
- V4 en position médiane.
- Charnière cervico-occipitale d'aspect normal.

○ Fenêtre osseuse :

- Absence de trait de fracture.
- Epaisissement 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
INPE : 301282432

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.fckm.ma



Fondation
Cheikh Khalifa Ibn Zaid
ROYAUME DU MAROC

Code : PR4FR09

Version : 02

Date : 13/07/2023

Je soussigne : **Bannour Dousaf**
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 trébouché en jouant,
Il a heurté une chaise en chutant entraînant
une plaie sous solitaire gauche de 2 cm
et profonde avec rougeur oculaire et vomissements
inverbables.**

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**

Arrondissement Hay Hassani
Non responsable du contenu de la pièce
Vu pour la légalisation matérielle de la signature
apposée. **0284f 8mnbv**

Recennu par sa pièce d'identité présentée à l'agent
N° 3 Mr. **04 SEPT 2023**
Casablanca, le **04 SEPT 2023**

MUPRAS déploie ses ailes pour vous protéger

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](#)

