

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID A 81409

Date de naissance : 26-06-49

Adresse : alé ATTADAMANNE Rue 91 MP6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 066.387.50.63 Total des frais engagés : 564,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément
ColofS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BEN JALLOUN AMINA Age : 67

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

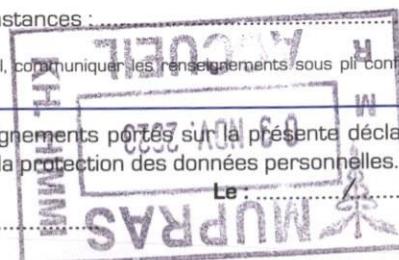
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

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 - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

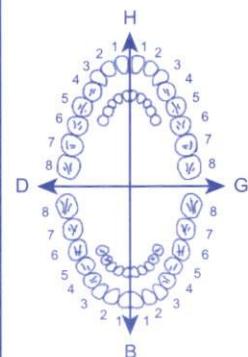
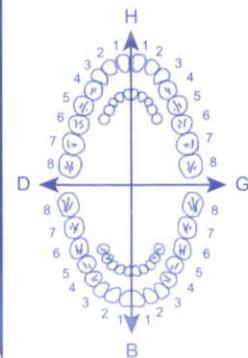
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>
				<input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B	COEFFICIENT DES TRAVAUX	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>	
	DATE DU DEVIS	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
	DATE DE L'EXECUTION	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

5.0.7.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 11/09/2023 10:11:32

MME BENJALLOUN AMINA

CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

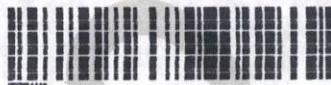
OUFLA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 82871119 Date et heure : 11/09/2023 10:11

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 : 564,40 Nombre de pièces : 4

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :



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	EN COURS DE TRAITEMENT 1	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	-	01/11/2023	Virement	-	4 286,10 703,88	2	638,66	3 342,54
	11/09/2023	Payé en : 51 jours		BENJALLOUN AMINA	564,40	238,30	32,04	270,34
82871119								
82871271	11/09/2023	Payé en : 51 jours		BENJALLOUN AMINA	3 721,70 465,58	2	606,62	3 072,20
■ 2	-	28/06/2023	Virement	-	2 539,10 299,22	1	206,92	1 506,14
■ 1	-	27/06/2023	Virement	-	2 026,70 184,87	1	162,26	1 347,13
■ 1	-	22/06/2023	Virement	-	1 731,70 358,40	1	5,00	1 363,40

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 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 où 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 والتوقع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية 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 وباقى مهنيي الصحة وتوقعهم وتقسمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التغريدة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المولفين 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 المقووسة بغير حق دون الأخلاق بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65).

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 اسمهم و رقم بطاقة تعریفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنة 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 له (e)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BENJALLOUN Amima

رقم الانخراط :

15138144

رقم التسجيل :

91321230132

رقم بطاقة التعرف الوطنية :

11787617

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان : cite Jadidane, rle 2 n° 6 Aghazz

Elouffa CASABLANCA

564,40

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : Benjalloun Amima

تاريخ الإيداع :

1113156

رقم بطاقة التعرف الوطنية :

11787617

الجنس* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

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

0914061061

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* مرض *

Maternité* أمومة *

Hospitalisation* إستشفاء *

Accident* حادث *

Pli confidentiel remis* : oui non

تم تقديم الظرف المغلق * :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Causes :

Fait à : CASABLANCA

Le : 11/8/17/18

توقيع المؤمن (e)

Signature de l'assuré (e)

T.Bell

حرر :

في :

أشهر بضعة

كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

Fait à : Casablanca

Le : 18/07/2017

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أو المؤسسة المنظمة

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

ضع علامة في الخانة المناسبة

* Cocher la mention utile pour chaque case

Description des actes effectués

مصحف العملات المحررة

SIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتحضرات الطبية المموزة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/1/2023	264,40	
	INP: 	
	INP: 	
	INP: 	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

DOCTEUR MUSTAPHA EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de médecine de Paris

Diplômé universitaire des hépatites virales

Ancien attaché des hôpitaux de pitié-salpêtrière beaujon, Bichat - Paris

Membre de la société française de gastro-entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Phémétrie oesophagienn

Echographie • CPRE + Sphincterotomie

Mme BENJALLOUN Amina

Casablanca le, 18/07/2023

29,00
Zyrdol 500



1 comprimé, matin et soir (pendant 05 jour)

95,40
Ultralevure gellule



3 gel x 2 par jour (pendant 05 jour)

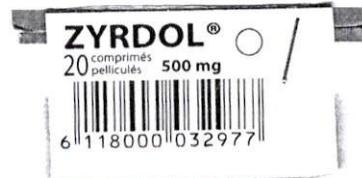
Ensuite : 1 gel x 2 par jour (pendant 02 mois)

140,00
Oedes 20



1 comprimé le soir au coucher (pendant 03 mois)

ZYRDOL® 500 mg 20 comprimés pelliculés
PPV 29DH00
EXP 12/2025
LOT 29028 6



OEDES 20mg

56 gélules



LOT: 211543
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH



Lot: 260220

Fab: 26/02/2023

EXP: 26/02/2025

1082 07 2022
BIOCODEX MAROC PPV 95,40 DH



Dr. M. MUSTAPHA
Hépato Gastro Entérologue
203, Bd Zerkouni
Tél. 05 22 36 01 80 / 74
Fax. 05 22 36 01 74