

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.

Biologie 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.

Education :

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.

Prothèse :

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.

Le 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

Information : contact@mupras.com
Personne en charge : pec@mupras.com
Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

Adresse : 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

N° M20- 0008285

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : Tazi Nadia

Date de naissance : 4/6/55

Adresse :

Tél. : 0661155657

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 24/12/2020

Nom et prénom du malade : BENBOUBKER AMAL Age: 65

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : 3/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Nadia

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Accueil > Application > assure app

Ma Situation

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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	1 818,90	1 120,79	316,91	1 437,70
65448966	07/01/2021	BENBOUBKER AMAL	1 818,90	1 120,79	316,91	1 437,70

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆☆

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

blir une feuille de soins par personne et événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats examens de radiologie et/ou de laboratoire).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre médecin dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

risques liés aux accidents du travail et aux maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

la personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions prévues par la loi et les règlements.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

l'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENBOUBKER AMAL : الإسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 169860 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 431253389 : رقم التسجيل

N° CIN : B84232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : RESIDENCE ARRATIANE N°26 BD ABDELHADI : العنوان

BORDJ - CASA :

Montant des frais (Dhs) : 1818,90 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 10 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENBOUBKER AMAL : الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 130954 : تاريخ الأزداد

N° CIN : B84232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admission ALD* :

Oui

Non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ : تم تقديم الظرف المغلق

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA : حرر بـ

le : 06/01/2021 : في

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le : 06/01/2021 : في

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

FACTURE N° : 2012242007

Casablanca le 24-12-2020

Mr Amal BENBOUBKER

Date de l'examen : 24-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	- ALAT (transaminase TGP)	B50	B
	- ASAT (transaminase TGO)	B50	B
	- Acide Urique	B30	B
	Cholestérol	B30	B
	- Chlore	B30	B
	- Créatinine	B30	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	- Gamma G.T.	B50	B
	HbA1c	B100	B
	Cholestérol HDL	B80	B
	- Potassium	B30	B
	- Sodium	B30	B
	PSA Total	B300	B
	Triglycérides	B60	B
	- Urée	B30	B
	- Vitesse de sédimentation	B30	B
	- NFS	B80	B

Total des B : 1040

TOTAL DOSSIER : 1419.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent dix-neuf dirhams

IF 14377655

DNPE 0936 1062



Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

Patient: Abdelhakim Casablanca, le 24/12/2012

Amel

Kerlone 20 mg
97.90 x 3
2 (15)

Ridanol CP
53.10 x 2
1 - 0 - 1

39990
Pharmacie l'Ermitage
48, Avenue l'Ermitage - Casa
Tél: 05 22 22 18 84 - Fax: 05 22 26 13 36

Dr. Saâd SOULAMI
Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter
Tél: 05 22 22 18 84 - Fax: 05 22 26 13 36

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kerlone 20 mg, cp pel b 28
P.P.V: 97,90 DH
6 118001 081202

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kerlone 20 mg, cp pel b 28
P.P.V: 97,90 DH
6 118001 081202

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kerlone 20 mg, cp pel b 28
P.P.V: 97,90 DH
6 118001 081202

RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
P.P.V: 53DH10
6 118000 060833
LOT: 2013014
PER: 03/2013

356, Zénقة مصطفى المعاني (قرب زénقة أڭادير) - الدار البيضاء
356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail: cabinet-soulami@gmail.com
Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence: 06 65 14 69 96
CNSS: 2700608 - IF: 41802254 - ICE: 001755076000067 - IPN: 091130922

Docteur Saâd SOULAMI

Professeur de Cardiologie

Spécialiste des maladies du Cœur et des vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Echo Doppler Couleur - Holter



الدكتور سعد السلمي

أستاذ سابقا بكلية الطب بالدار البيضاء

إختصاصي في أمراض القلب و الاوعية الدموية
خريج كلية الطب بباريس
فحص القلب بالصدى و الدوبلير بالالوان

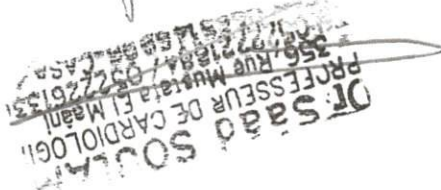
Patient : FOUAD K. OR Casablanca, le 24/12/20

Examen du sang

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine, Créatinémie | <input checked="" type="checkbox"/> SGOT - SGPT - Gamma.G.T. |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hemoglobine glycosylée A1C | <input type="checkbox"/> T4 libre |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> TSH ultra sensible |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite C |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite B |
| <input checked="" type="checkbox"/> Vs, NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> Ferritinémie |
| <input type="checkbox"/> Electrophorese des proteines sériques | <input checked="" type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D3 | |
| <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR (Patient sous anti vitamines K: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non) | |
| <input type="checkbox"/> Troponine US | |

Examen des urines

- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☐ Cyto. Bac des urines
- ☐ Lonogramme Urinaire
- ☐ Compte d'addis



356. Zénace مصطفى المعاني (قرب زنقة أكادير) - الدار البيضاء

356, Rue Mostafa El Maâni (coté Rue d'Agadir) - 1^{er} étage - Casablanca - E-mail : cabinetoulami@gmail.com

Tél.: 05 22 22 18 84 / 06 62 88 90 91 - Tél./Fax: 05 22 26 13 36 - Urgence : 06 65 14 69 96

CNSS : 2700608 - IF : 41802254 - ICE : 001755076000067 - IPN : 091130922