

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Consignes 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, interventions 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.

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 canaux, 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 canaux.

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

0 Réclamation : contact@mupras.com
0 Prise en charge : pec@mupras.com
0 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

N° P19- 056453

☐ Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4549 Société : R.A.M.
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : BERIDAI Mohamed
Date de naissance : 22/07/57
Adresse : 81, Rue Larache APP 18 CASABLANCA
Tél. : 0662163375 Total des frais engagés : 1341,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : BAKKAY ENOPS Age: 1957
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 : 20/03/2021
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-056453

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 4549
Nom de l'adhérent(e) : BERIDAI
Total des frais engagés : 1341,80
Date de dépôt : 19/04/2021

06 50012550

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

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

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

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

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

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

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

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.

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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة واشتمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01
Réf ANAM

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : **BAKKALI Fadwa** الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **443 183** رقم الانخراط
N° Immatriculation : **552 1980 43** رقم التسجيل
N° CIN : **4409456** رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له
Adresse : **81, rue Barache 19018, Haïma** العنوان
Montant des frais (Dhs) : **134 180** مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : **05** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BAKKALI Fadwa** المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **BAKKALI Fadwa** الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **1980/05/27** تاريخ الميلاد
N° CIN : **4409456** رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : **M** جنس* : **مذكر**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

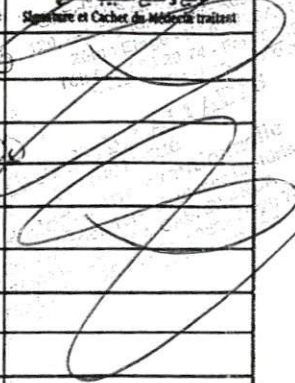
N° INP : **091169466** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins : **INPE** نوع العلاجات
Maladie* : ☐ مرض*
Maternité* : ☐ أمومة*
Hospitalisation* : ☐ استشفاء*
Accident* : ☐ حادث*
Pli confidentiel remis* : ☒ Oui ☐ Non تم تقديم الظرف المغلق* : **Oui**
Date de grossesse : تاريخ الحمل
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء
Date d'accident : تاريخ الحادث
Causes : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus exactes et vérifiables.
Fait à : **HAÏMA**
le : **09/03/2021**
Signature de l'assuré (e) : **Fadwa Bakkali**
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **Dr. [Signature]**

* INP : Identification Nationale du Praticien
** Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite



Description des actes effectués					
تاريخ الملاحظات Date des actes	رمز الملاحظات Code des actes	معامل الملاحظات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur CI4	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
04.03.21	G			300,00	
	Echographie			1000,00	
	Cardiaque				

CIM - 10

Description des ordonnances écrites et ou prescrites par le médecin traitant

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الدين المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع الأدوية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
04/03/2021	41,80	
	INP : 08/03/2021	
	INP : _____	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie					
تاريخ الملاحظات Dates des actes	رمز الملاحظات Code des actes	معامل الملاحظات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur CI4	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأخصائي أو الإشعاعي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

INP : _____

INP : _____

INP : _____

Actes Paramédicaux					
تاريخ الملاحظات Dates des actes	رمز الملاحظات Code des actes	معامل الملاحظات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur CI4	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP : _____

INP : _____

INP : _____

13:59

cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

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 3

REJET 1

PAYE

1 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
- 1	-	15/04/2021	Virement	-	1 341,80	621,00	44,79	665,79
66696497	17/03/2021	Payé en : 29 jours		BAKKALI FADOUA	1 341,80	621,00	44,79	665,79

Cardiologie
Cardiologie Interventionnelle



أمراض القلب والشرايين
قسطرة أمراض القلب والشرايين

Dr Hind EL FILALI ADIB
Cardiologue
Cardiologie Interventionnelle
Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque
Readaptation cardiaque

Mme. BAKKALI FADOUA

الدكتورة هند الفيلالي أديب
أخصائية في أمراض القلب والشرايين
أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين
خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد
إعادة التأهيل القلبي

le : 04/03/2021

Ordonnance

AVLOCARDYL 40mg 1/4CP/J LE MATIN

QSP 1 MOIS



PHARMACIE IBN NAFIS
28, Avenue du 2 Mars
Casablanca - Tél: 05 22 27 31 65

AVLOCARDYL 40MG
CP SEC 850
P.P.V.: 41DH80
6 118000 010227
Lot: 201009
PEH: 06/2023

Docteur Hind EL FILALI



Dr Hind EL FILALI ADIB

Cardiologue

Cardiologue Interventionnelle

Diplômée de la faculté de médecine de Bordeaux

Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

Réadaptation cardiaque

الدكتورة هند الفيلالي أديب

أخصائية في أمراض القلب والشرائين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرائين

خريجة كلية الطب ببوردو

فحص القلب بالصدى - اختبار الجهد

إعادة التأهيل القلبي

ECHOGRAPHIE CARDIAQUE TRANS-THORACIQUE

NOM : BAKKALI FADOUA

DATE DE L'EXAMEN : 04/03/2021

RESULTATS :

AORTE :

- Sigmoïdes aortiques fines peu remaniées d'ouverture normale, pas de sténose ni de fuite aortique
- Aorte ascendante à 30mm et crosse aortique de taille normale

VENTRICULE GAUCHE :

- Non dilaté avec parois normales non hypertrophiées de bonne fonction systolique globale et segmentaire. DTD à 52mm, DTS à 35mm, SIV à 13mm, et PP à 13mm
- Remplissage normal : en faveur de pressions de remplissage basses

OREILLETE GAUCHE :

- Non dilatée avec surface à 15cm²

VALVE PULMONAIRE :

- Normale

VALVE MITRALE :

- Valve fine, pas de remaniement, pas de ballonnisation ni prolapsus.
- Pas de sténose mitrale, ni de fuite mitrale

VALVE TRICUSPIDE :

- Normale. IT légère grade 1 permettant d'estimer la PAPS à 20+5mmHg

CAVITES DROITES :

- Pas de dilatation des cavités droites. Bonne fonction systolique du VD avec SVD à 0.12m/s
- VCI de taille normale et COMPLIANTE

CONCLUSION :

- Fraction d'éjection du VG normale au Simpson biplan à 75%
- Absence de trouble de la cinétique segmentaire
- Absence d'HVG
- Pressions de remplissage basses, profil mitral normal
- Absence de valvulopathie mitro-aortique
- Cavités droites non dilatées avec bonne fonction VD. PAPS à 20+5mmHg
- Péricarde sec
- Aorte thoracique de taille normale
- VCI de taille normale et COMPLIANTE

DR HIND EL FILALI ADIB

Dr Hind EL FILALI ADIB

GE Healthcare Hospital
Ultrasound Laboratory

Name BAKKALI, FADOUA

Date 04/03/2021

Image 1

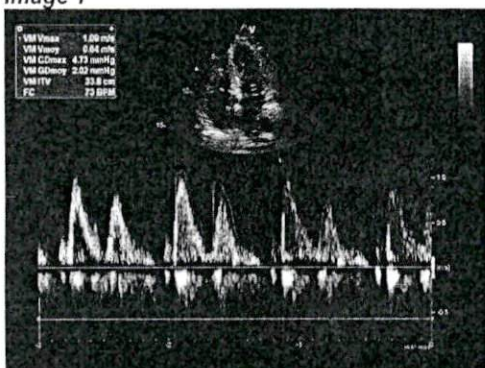


Image 2

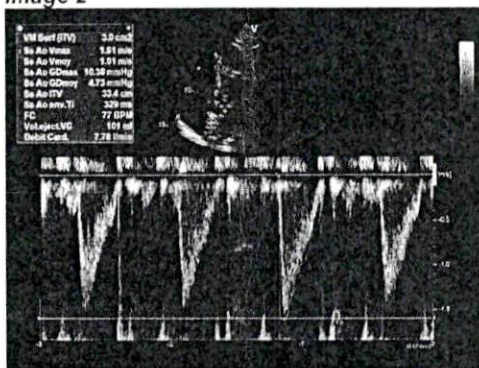


Image 3

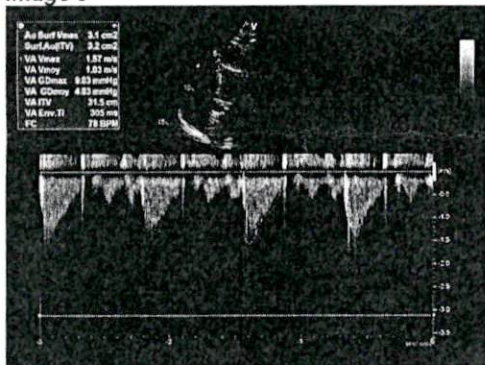


Image 4

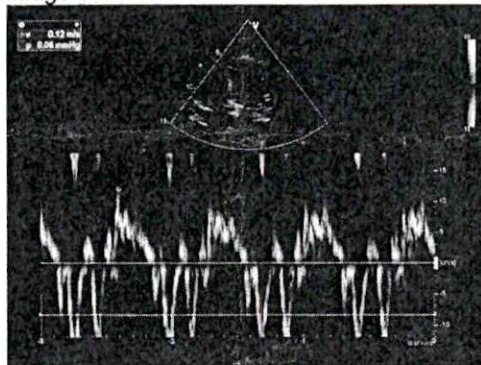


Image 5

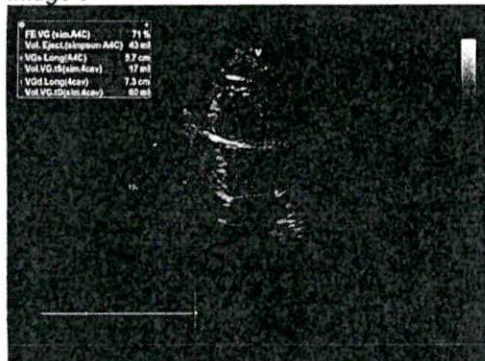
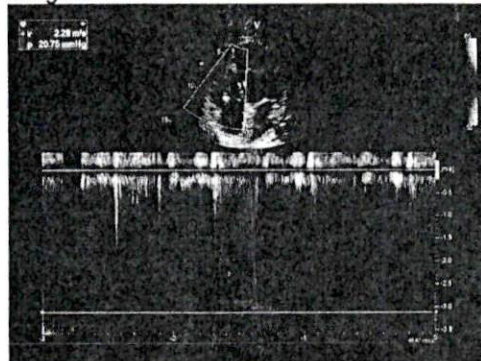


Image 6



Print Date: 04/03/2021

BAKKALI ,FADOUA

ID:

DDN:

Inconnu ,Inconnu

Méd.:

Site:

Médecin traitant: Dr EL FILALI Hind

Notes:

10/01/2010 00:44:31

FC: 92 BPM
Int PR: 148 ms
Durée QRS: 93 ms
QT/QTc: 354/404 ms
Axes P-R-T: 77 -27 60
RR Moy: 650 ms
QTcB: 439 ms
QTcF: 408 ms

RAPPORT NON CONFIRM

Revu par:

Signé par:

Date:

