

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

## Soins 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.

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.

## Éducation :

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

68504

4549

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BERIDA Mohamed

Date de naissance :

22/07/57

Adresse :

81, Rue Barache 10018 CASABLANCA  
90210

Tél. : 0662103375 Total des frais engagés : 1341,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément remboursement

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Signature de l'adhérent(e)



Le : 20/03/2021

complément  
remboursement  
BERIDA  
Mohamed  
Fadoua

ACCEUIL  
RÉCEPTION

## VOLET ADHÉRENT

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) : BERIDA  
Total des frais engagés : 1341,80  
Date de dépôt : 19/04/2021

06 5001 550

## INSTRUCTIONS suivante

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 وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تلخيص ورقة العلامات والوثائق الائتمانية إلى التفصيلية التي تتضمن إليها في طرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في هذه شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعيير المبالغ المصارفة على أساس التعرية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناتجة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعرية.

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

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



# ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

## Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : BAKKALI Fadoua

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

113483

5521198043

A109456

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : 81, rue Bourguiba APP 18 Hay ESSAKAMontant des frais (Dhs) : 134180Nombre de pièces jointes : 05

## Identification du bénéficiaire

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : BAKKALI FADOUA

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

جنس: ○ ذكر ○ امرأة ○

Nom et prénom : BAKKALI FADOUADate de naissance : 18/10/1957N° CIN : A109456

Sexe: ○ M ذكر ○ F امرأة ○ اتنى ○

## Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

INPE: 091169466

تم تقديم الظرف المغلق \* : ○ Oui ○ Non

Date de grossesse : \_\_\_\_\_

Tarihe الحمل : \_\_\_\_\_

Date prévue d'accouchement : \_\_\_\_\_

Tarihe المقابل للولادة : \_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Tarihe الاستشفاء : \_\_\_\_\_

Date d'accident : \_\_\_\_\_

Tarihe الحادث : \_\_\_\_\_

Causes : \_\_\_\_\_

أصر بضمها كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : Dr. BAKKALI FADOUAle : 05/03/2021

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

Dr. BAKKALI FADOUA

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

Cardiologie Interventionnelle

La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* لطب الخاتم

## description des auteurs

CM-10

DISCUSSIONS OF THE LITERATURE OF THE CHINESE LANGUAGE

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

INP:

—  
—  
—

卷之三

ACADEMIC PUBLISHING

[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](#)

⚠ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Palement	Mode Palement	Bénéficiaire	Frals 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



Dr Hind EL FILALI ADIB

Dr. \_\_\_\_\_

## Cardiologue Interventionnelle

Diplôme de la faculté de médecine de Bordeaux

#### Epreuve d'effort-Echographie cardiaque

## Readaptation cardiaque

## Mme. BAKKALI FADOUA

&lt;div[](img/OrdonnanceLogo.png)

خصائص في أمراض القلب والشرايين

## خصائص في قسطرة أمراض القلب والشرايين

خريحة كلية الطب بيوردو

عصر القلب بالصدى - اختيار الجهد

## عادة التأهيل القلبى

le : 04/03/2021

AVLOCARDYL 40mg 1/4CP/J LE MATIN

## QSP 1 MOIS

LUI : 20E009  
PER. 06/2023  
AVLOCARDYL 40MG  
CP SEC B50  
P.P.V : 41DH80  
6 118000 010227

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 والشرايين

أخصائية في قسطرة أمراض القلب والشرايين

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

#### OREILLE GAUCHE :

- Non dilatée avec surface à 15cm<sup>2</sup>

#### VALVE PULMONAIRE :

- Normale

#### VALVE MITRALE :

- Valve fine, pas de remaniement, pas de ballonisation 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 compliant

#### 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 compliant**

DR HIND EL FILALI ADIB

Name BAKKALI, FADOUA

Date 04/03/2021

Image 1

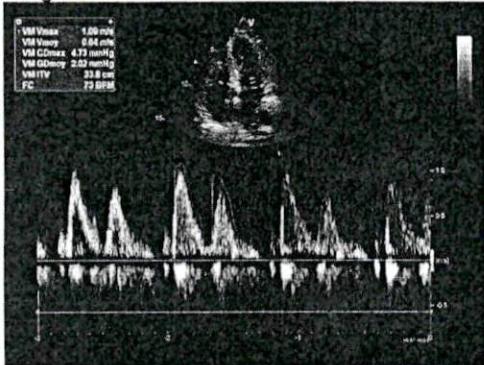


Image 2

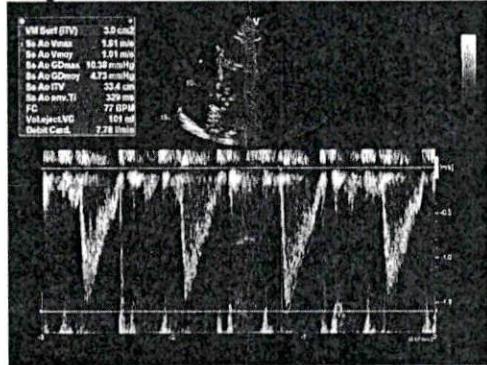


Image 3

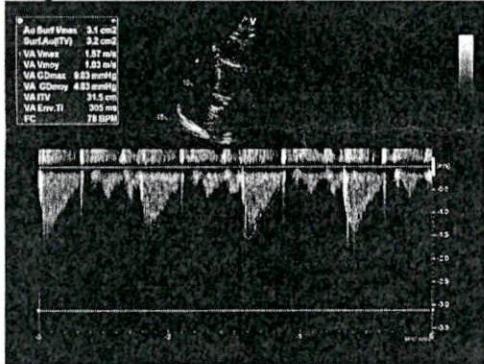


Image 4

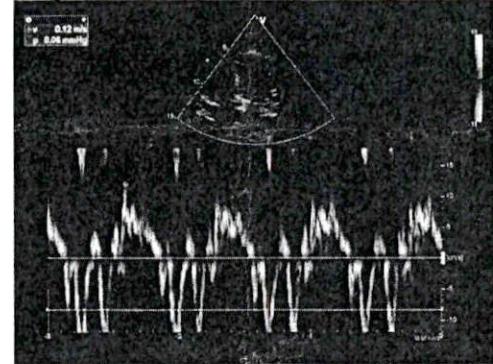
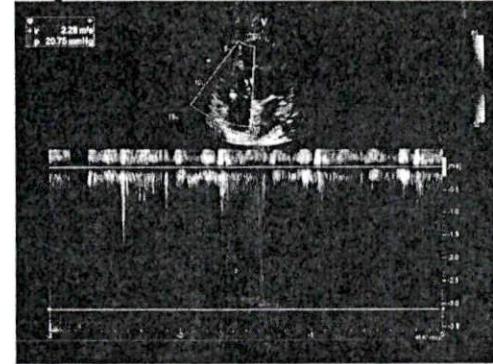


Image 5



Image 6



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:

