

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

Prothèse :

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

Réclamation : contact@mupras.com
Prise 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.

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° M21- 080973

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6641 Société : R.A.M. 111084
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : SAHABI Abderrahmane
Date de naissance : 1951
Adresse : 10 Rue Mikhaïl Novikova - App: 10 Casablanca
Tél. : 0619863521 Total des frais engagés : 4493,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation :
Nom et prénom du malade : Age :
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 : 08 / 04 / 2022
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية 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 وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي;

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج;

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00);

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل من ب. 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

خاص بالمؤمن له (ة) Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : KOUBAISSA Rhodia

رقم الانخراط : 8166282

رقم التسجيل : 452 8166282

رقم بطاقة التعريف الوطنية : M16191619

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان : 10 Rue Mikhael Nouetima - App# 1D CASABLANCA

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 4493.00

عدد الوثائق المرفقة : 01

تصريح الطبيب المعالج Déclaration du médecin traitant

Bénédict Bessoni LOUNELI

الاسم العائلي والشخصي : KOUBAISSA Rhodia

تاريخ الإزدياد : 09/11/1969

رقم بطاقة التعريف الوطنية : INPE : 091173252

الجنس : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى

تعريف الطبيب المعالج Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 001948308000045

نوع العلاجات : Type de soins

تم تقديم الطرف المغلق* : oui ☐ non ☐ Pli confidentiel remis* :
تاريخ الحمل : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Date d'accident :
أسباب الحادث : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Causes :

Fait à : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] حرر بـ :
Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] في :
توقيع المؤمن (ة) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
Signature de l'assuré(e) :
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] حرر بـ :
Le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] في :
أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations dessus sincères et véritables.
توقيع وطابع الطبيب المعالج :
Signature et Cachet du Médecin traitant

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوتر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	3093,00	05/01/2022
	INPE : 092029339	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
05-01-89 F-460				1000,
INP : [][][][][][][][]				
INP : [][][][][][][][]				
INP : [][][][][][][][]				

توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي
Signature et Cachet du Radiologue ou Cardiologue

Dr. BEN EL MOUHAMMAD
Chirurgien Vasculaire et Phlébologue
INPE : 09173452
ICE : 001948308000045

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"/>					

INP:



**CABINE
VASCAIRE**

Dr. H. Benjelloun

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

DR. HAMZA BENJELLOUN

CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE
ET PHLEBOLOGUE

+212 5229 82844

+212 6690 11919 +212 6669 06090

DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

WWW.VARICESCASABLANCA.MA

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

DATE:

05-01-22

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

daflon 1000^{mg}

30 comprimés pelliculés



6 118000 100393

201.00 x 6

DAFLON 1000

2 cp / j / 15 j

629.00 x 3

XARELTO 20 mg

Casablanca

05 22 27 71 45

1 cp / j / 15 j

3093.00

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

XARELTO 20 mg

Rivaroxaban

28 cps

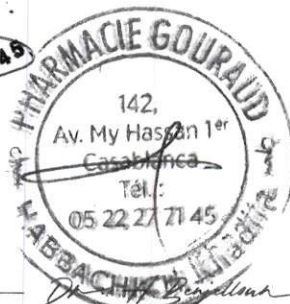
P.P.V : 629,00 DH

Bayer S.A.



6 118001 090808

DR. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 05 327 3252
ICE : 00194830500045



RAHIM BOUABID
CASABLANCA



**CABINET
VASCULAIRE**
Dr H. Benjelloun

DR. HAMZA BENJELLOUN
CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE
ET PHLEBOLOGUE

☎ +212 5229 82844

☎ +212 6690 11919 +212 6669 06090

✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM

🌐 WWW.VARICESCASABLANCA.MA

DATE:

08-01-21

Al Koubaïgh Chadir

Ech Doppler Artériel

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue

INPE : 091173252
ICE : 001948308000045

MME KOUBAISSA CHADIA
N 10 RUE MIKHAIL NOUAIMA
APPT 10
CASABLANCA
CASABLANCA 2 MARS
20502

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

72492039

Date et heure : 10/02/2022 11:33

Nom et prénom Assuré :

KOUBAISSA CHADIA

Immatriculation :

45866282 / 500304368

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: KOUBAISSA CHADIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40131

Valeur en Dirhams :

4 493,00

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0481

Nom Etablissement :

en 2 d tr.

Imm: 45 866 282
Civ: M 619 69



Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth) 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 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	23/03/2022	Virement	-	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
72492039	10/02/2022	Payé en : 41 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
- 1	-	28/01/2022	Virement	-	3 291,90	1 615,00	374,00	1 989,00
71703024	30/12/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	3 291,90	1 615,00	374,00	1 989,00
- 1	-	28/12/2021	E-Mandat	-	3 423,20	1 671,56	535,24	2 206,80
70903498	17/11/2021	Payé en : 41 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	3 423,20	1 671,56	535,24	2 206,80
- 2	-	16/12/2021	E-Mandat	-	2 446,00	1 321,48	363,92	1 685,40
70903641	17/11/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 346,00	601,48	183,92	785,40
70903748	17/11/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 100,00	720,00	180,00	900,00
- 1	-	07/12/2021	E-Mandat	-	1 825,40	781,80	214,20	996,00
70818594	12/11/2021	Payé en : 25 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 825,40	781,80	214,20	996,00
- 2	-	08/11/2021	E-Mandat	-	6 364,20	3 851,73	975,67	4 827,40
70071011	05/10/2021	Payé en : 34 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	5 086,60	3 020,39	730,81	3 751,20
69887464	27/09/2021	Payé en : 42 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 277,60	831,34	244,86	1 076,20
- 1	-	03/11/2021	E-Mandat	-	1 350,00	774,40	193,60	968,00
70070878	05/10/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	1 350,00	774,40	193,60	968,00
- 1	-	01/02/2021	E-Mandat	-	941,60	465,52	134,08	599,60
65358521	04/01/2021	Payé en : 28 jours		KOUBAÏSSA CHADIA	941,60	465,52	134,08	599,60
- 1	-	22/07/2020	E-Mandat	-	632,77	184,00	30,00	214,00

05/01/2022

ECHOGRAPHIE DOPPLER DES MEMBRES SUPERIEURS

Nom : Mme KOUBAISSA CHADIA

A droite :

VEINE sous clavière :

- occluse

Veine axillaire :

- Occluse

Veine brachiale

- perméable

Veine Cubitale et radiale : **perméable**

AU TOTAL :

- **thrombose de la veine axillaire et veine sous-clavière D**

DR. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
et Phlébologue
05 229 82844
06 6690 11919

DR. BENJELLOUN HAMZA
CHIRURGIEN VASCULAIRE ET ENDOVASCULAIRE
ANGIOLOGUE ET PHLEBOLOGUE
ANGLE TRIKJIDIDA-AY ABDERRAHIMBOUABID
GREEN OFFICE, IMM N°62 3ÈME ÉTAGE-CASA
Tél: 05 22 98 28 44

Email : drhbenjelloun@gmail.com

**CABINET
VASCULAIRE**
Dr H. Benjelloun

DR. HAMZA BENJELLOUN
CHIRURGIEN VASCULAIRE
ET ENDOVASCULAIRE / ANGIOLOGUE
ET PHLEBOLOGUE
☎ +212 5229 82844
☎ +212 6690 11919 +212 6669 06090
✉ DRHBENJELLOUN@GMAIL.COM
🌐 WWW.VARICESCASABLANCA.MA

Facture N°: 6730

Date : 05/01/2022

Bénéficiaire : Mme Koubaissa Chadia

Mme KOUBAISSA CHADIA

Tél: 0631000566

Email:

Adresse:

Code	Description	Quantité	Prix	Sous-total
Visite du 05/01/2022				
CNS	Consultation	1	400,00	400,00
EDA	Echo Dopler Artériel	1	1 000,00	1 000,00
Total				1 400,00

Arrêté le présent document à la somme de :
mille quatre cents dirham(s)

Dr. BENJELLOUN Hamza
Chirurgien Vasculaire et Endovasculaire
Angiologue et Phlébologue
INPE : 091173252
ICE : 001948308000045