

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.

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

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- 067118

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Neuve
Nom & Prénom : HADJI Ladiat
Date de naissance : 12/9/45
Adresse : 58 Nakhalad Akeli des Dar Nakhal
Banque Casablanca
Tél. : 06 68 37 63 20 Total des frais engagés : 1018,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément
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 : Casa Le : 8 / 9 / 2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Royaume du Maroc



MME LADRAT BENHACHEM EL HARRO
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000070404126

Accusé de Réception

N° Réception : 70404126
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 25/10/2021 11:29
Lieu de réception : CASA SIEGE 40131
Valeur du dossier : 1018,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : M4M0481

Code Etablissement :
Etablissement :

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 مريض ولكل حدث

حجب 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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 التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf:ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

BENHACHEM EL HADDOU

الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation :

1110481

رقم الإنخراط :

N° Immatriculation :

442 76085

رقم التسجيل :

N° CIN :

13 138 0410

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse :

58, Makallael Hkeli Res

العنوان

Montant des frais (Dhs) :

1012,00

مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes :

1012,00

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

BENHACHEM EL HADDOU

المستفيد من العلاجات

Date de naissance :

11/11/1961

تاريخ الإزدياد :

N° CIN :

13 138 0410

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe :

M ☐ ذكر ☒ F أنثى

الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP :

1110481

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins :

نوع العلاجات

Admission ALD* :

Oui ☐ Non ☐

قبول المرض المزمن :

N° Dossier ALD* :

1110481

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

1110481

رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐

علاجات خارجية *

Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* ☐

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca
le : 12/11/2011
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca
le : 12/11/2011
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins.

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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Tél: 0521 46 71 / 63 58

DR Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Membre de la Société Française de Cardiologie



PPC: 89,50 DH
2024/08
210512
LOT



Casablanca le : 21.10.2021

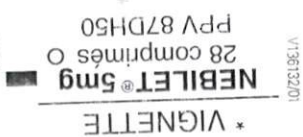
Benhachem l'adnat



Amep 5: 1 comp/j le-matin

Nebilet: 1 cp / j le matin

Gel larme 2 tubes



4 mois

718.00

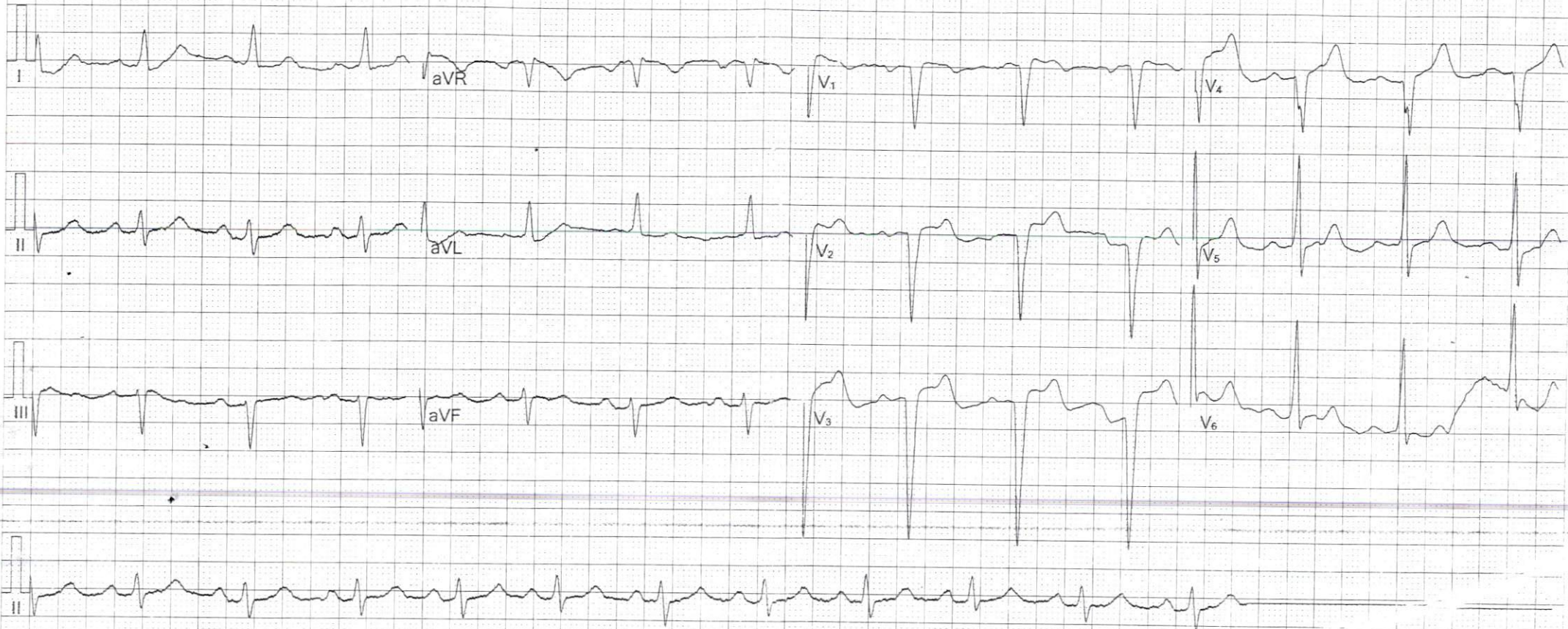


Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires
94.Rue AL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) - Casablanca -
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 **uniquement SUR RDV**

Urgences de nuit : clinique Franceville (Bd Ghandi)

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	453 ms
Durée Ech.:	9 s	Intervalle QTc :	519 ms
FC :	79 bpm	Axe P :	69.7°
Durée P :	127 ms	Axe QRS :	-20.9°
Durée QRS :	109 ms	Axe T :	52.4°
Durée T :	314 ms	RV5/SV1:	1.56/1.09mV
Interval.PQ :	204 ms	RV5+SV1:	2.65mV

Suggestion :

Signature Médecin:

<http://portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnect>

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

ENREGISTRE 1

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	-	28/12/2021	Virement	-	901,70	341,76	75,04	416,80
1	-	11/11/2021	Virement	-	1 018,00	834,00	50,00	884,00
2	-	15/07/2021	Virement	-	2 374,30	1 480,70	240,00	1 720,70
1	-	15/04/2021	Virement	-	2 041,00	1 404,80	405,20	1 810,00
1	-	05/03/2021	Virement	-	1 239,20	795,20	180,00	975,20
1	-	08/02/2021	Virement	-	629,80	488,80	50,00	538,80
1	-	09/11/2020	Virement	-	1 665,00	1 216,80	304,20	1 521,00
1	-	09/10/2020	Virement	-	843,90	595,80	50,00	645,80
1	-	17/09/2020	Virement	-	375,80	131,41	44,89	176,30
1	-	04/09/2020	Virement	-	323,00	120,00	30,00	150,00
1	-	03/08/2020	Virement	-	790,80	595,80	50,00	645,80

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

http://www.cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

☆☆☆☆☆