

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



POUR COMPLEMENT

Déclaration de Maladie

N° M21- 042199

12969

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.

Radiologie 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3711 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : HAMMOU Abdelouahid
 Date de naissance : 21.04.1951
 Adresse : Résidence Al Manar, Immeuble P
 App# 6 Av. B. EL ANZARANE EL JADIDA
 Tél. : 0661.238470 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

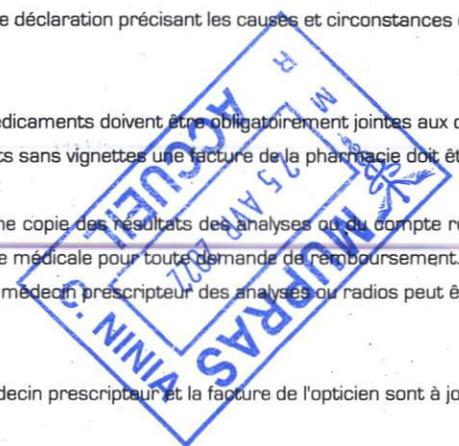
Cachet du médecin :
 Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BERAMINE R. M. Age:
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie :
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements 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 : EL JADIDA Le : 14/04/2019
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

pour complément



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



MME. BELAMINE KHADIJA
RES L MANAR IMM P APT 6
AV BIR ANZARANE

EL JADIDA PRINCIPAL
24000

N° de Dossier :

72823280

Date et heure : 28/02/2022 10:04

Nom et prénom Assuré :

BELAMINE KHADIJA

Immatriculation :

93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BELAMINE KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

SIDI BENNOUR 96802

Valeur en Dirhams :

1 007 10

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE418

Nom Etablissement :



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](#)**PAYE**NON PAYE **1**

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	-	07/04/2022	Virement	-	1 007,10	583,04	96,05	679,09
72823280	28/02/2022	Payé en : 38 jours		BELAMINE KHADIJA	1 007,10	583,04	96,05	679,09
☰ 1	-	30/12/2021	Virement	-	1 657,10	723,04	110,22	833,26
☰ 1	-	29/11/2021	Virement	-	3 087,76	1 934,90	0,00	1 934,90
☰ 1	-	18/11/2021	Virement	-	3 470,00	1 725,00	316,58	2 041,58
☰ 2	-	12/10/2021	Virement	-	1 304,00	744,27	154,11	898,38
☰ 1	-	02/08/2021	Virement	-	2 883,00	1 320,00	5,00	1 325,00
☰ 2	-	19/07/2021	Virement	-	2 149,10	1 266,01	251,50	1 517,51
☰ 1	-	24/03/2021	Virement	-	774,00	388,87	77,26	466,13
☰ 1	-	01/02/2021	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
☰ 1	-	19/10/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13
☰ 1	-	27/07/2020	Virement	-	624,00	324,87	74,26	399,13

Dr. S. BAHOSSE
Cardiologue

Spécialiste des maladies du coeur et des vaisseaux
Hypertension artérielle - Angeiologie
Diplôme de cardiologie congénitale et pédiatrique
Echo-doppler cardiaque couleur
Echo-doppler vasculaire couleur
Holter tensionnel - Holter rythmique
Ancien chef du service de cardiologie du centre hospitalier provincial Med V d' El Jadida



الدكتورة س. باحوص
اختصاصية في أمراض القلب والشرايين

أمراض القلب والشرايين - ارتفاع الضغط الدموي
حاصلة على شهادة أمراض القلب للأطفال والرضع
الفحص بالصدى والأمواج فوق الصوتية للقلب
الفحص بالصدى والأمواج فوق الصوتية للشرايين
تسجيل تخطيط القلب والضغط الدموي
رئيسة سابقا لمصلحة أمراض القلب والشرايين
بالمستشفى الإقليمي محمد الخامس بالجديدة

Ordonnance

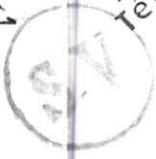
El Jadida, le 27/07/2020 الجديدة في 27/07/2020

Dr. Belaroua Khedija

4 Colera 5/5
208,00
x3

7 Cardis Ag...
27,70
x3

707,10



Pharmacie Jahidi
Dr. Maria Jahidi
Angle Nahj Al Rif
Tel: 05 23 35 26 70

PPV VERSO
→

Dr. S. BAHOSSE
CARDIOLOGUE
Av. Al Moukawama, Résidence Khadija
Oum Al Mounine, Appt. N° 2 - El Jadida
Tél: 05 23 37 20 20

64 de
3000

COVERAM 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine
30 comprimés



6 118001 130078

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

Cardioaspirine 100 mg/30cps
Acide acétylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH
Bayer S.A.



6 118001 090280

6 118001 130078



30 comprimés

COVERAM 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine

6 118001 130078



30 comprimés

COVERAM 5mg/5mg
Péridopril arginine / amlodipine

description des actes effectués

وصف العمليات الجراحة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
25 FEV 2022	ECG + E2	K16		300,000	S. BOUSSE Khadja Av. Al Moukawama, Residence N°2 - El Jadida Quart. Al Mouminine, Appt. N°2 - El Jadida Tél: 05 23 37 20 20

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحساء، الأشعة و الصور

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 طبيب الأشعة أو الإحساء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	العمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو عمون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/02/2022	707,10 112035100	Pharmacie AL RA Dr. Maria LAHRA Angle Wahj Al RA Tél: 05 23 35 26 70

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

Instructions à suivre

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأمنيتها بالوصفات المرسله.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعريض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض 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 للضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **BELAMINE KHADIJA** : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : **297143** : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **932 805742** : رقم التسجيل :

N° CIN : **B 428419** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : **Residence Al Manar Imm. P Apt 6 Avenue Bir Anzarane EL JADIDA** : العنوان

Montant des frais (Dhs) : : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **BELAMINE KHADIJA** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **BELAMINE KHADIJA** : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **19/08/77** : تاريخ الازدياد :

N° CIN : **B1428419** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : **M** ذكر F انثى : الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1111011983** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : : نوع العلاجات

Maladie* : مرض* : **Pli confidentiel remis* : Oui Non** : تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité* : أمومة* : **Date de grossesse :** : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* : استشفاء* : **Date prévue d'accouchement :** : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* : حادث* : **Date d'hospitalisation :** : تاريخ الاستشفاء :

Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **EL JADIDA** : حبر ب :
le : **25/04/2022** : في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **EL JADIDA** : حبر ب :
le : **25/04/2022** : في :
توقيع الطبيب المعالج أو مؤسسة الصحية
Signature du Médecin (traitant ou de l'établissement de soins)

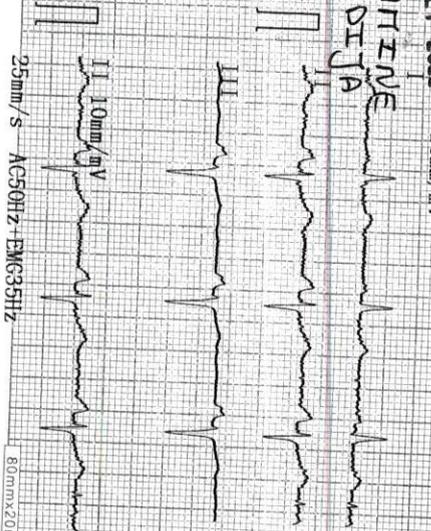
* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

Cache et signature de la mutuelle	توقيع و مائة التعاضدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيدع :	

Av. Al Manar Imm. P Apt 6
El JADIDA
Tél. 05 23 31 24 21
* انطب الخانة

25 FEB 2022 10mm/mV

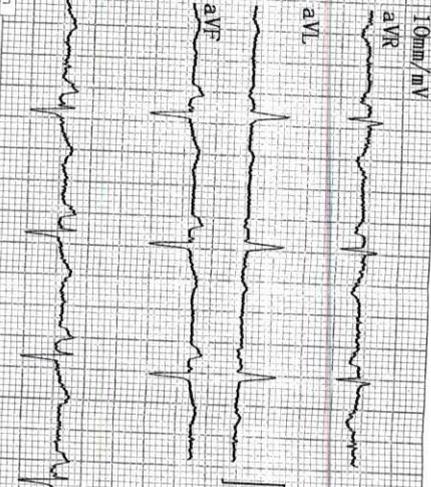
BELARTINE
KHADIJA



10mm/mV
1.1 10mm/mV

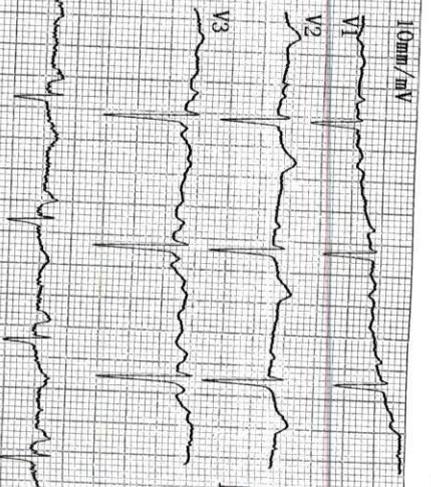
25mm/s AG50HZ+EMG35HZ

80mmx20m-30m



10mm/mV

10mm/mV



5mm/mV

80mmx2