

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

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

die 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

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6641** Société : **R.A.M.**

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : **SAHABI Abderrahmane**

Date de naissance : **1951**

Adresse : **90. Rue. Mikhaïl Nasseim - App' 10**

Cassablanca

Tél. : **0619863521** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie

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**

Signature de l'adhérent(e) :

Le : **28 / 04 / 2022**



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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

• ت تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

• يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

• سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

• الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

• كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً 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 وظيفة التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :
Tariх al-Idāع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرضى Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

بيان بالمؤمن له (اله)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الإذنarat :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة :
بين المستفيد والمؤمن له *

العنوان :

Cedolance

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

نوع العلاجات

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس * :
ذكر

Identification du médecin traitant

• N° INP

Type de soins

Maladie*

مرض

Maternité*

أمومة

Hospitalisation*

إشتفاء

Accident*

حادث

091241252

Pli confidentiel remis* :
oui non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهُد بصحَّة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à :
حرر ب :
Le :
في :
موقعة المؤمن له
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
Le :
في :
توقيع وكيل الطبيب المعالج أو المؤسسات العلاجية
Cachet et signature du Médecin traitant
ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

أشطب الخاتمة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممومنة	Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis	
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []

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

Accusé de Réception



N° de Dossier : 71851234 Date et heure : 07/01/2022 11:21

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 40127

Valeur en Dirhams : 3 750,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0596

Nom Etablissement :

45 : 866 2.82
Afli 866 282
civ: m 61969

- KOUBAISSE CHADIA

Accueil > Application > assure app



<https://portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion> 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.

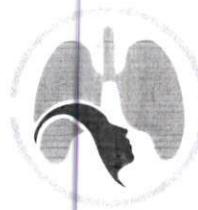
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	13/04/2022	Virement	-	3 750,00	600,00	150,00	750,00
71851234	07/01/2022	Payé en : 96 jours		KOUBAISSE CHADIA	3 750,00	600,00	150,00	750,00
- 1	-	23/03/2022	Virement	-	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
72492039	10/02/2022	Payé en : 41 jours		KOUBAISSE CHADIA	4 493,00	1 377,00	395,00	1 772,00
- 1	-	12/03/2022	Virement	-	4 800,00	1 278,00	85,19	1 363,19
71561481	23/12/2021	Payé en : 79 jours		KOUBAISSE CHADIA	4 800,00	1 278,00	85,19	1 363,19
- 1	-	28/01/2022	Virement	-	3 291,90	1 615,00	374,00	1 989,00
71703024	30/12/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAISSE 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		KOUBAISSE 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		KOUBAISSE CHADIA	1 346,00	601,48	183,92	785,40
70903748	17/11/2021	Payé en : 29 jours		KOUBAISSE 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		KOUBAISSE 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		KOUBAISSE CHADIA	5 086,60	3 020,39	730,81	3 751,20
69887464	27/09/2021	Payé en : 42 jours		KOUBAISSE 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

CABINET DE PNEUMOLOGIE
D'ALLERGOLOGIE & DES TROUBLES DU SOMMEIL

Dr Zineb BERRADA

Spécialiste des Maladies Respiratoires
et des Troubles du Sommeil

DIU de Pathologies de Sommeil, Faculté de Médecine Paris Diderot
DU d'Imagerie Thoracique, Faculté de Médecine Paris Descartes
Certificat d'échographie thoracique, Association G-echo, Paris France
Ancien Médecin à l'hôpital Universitaire Pitié Salpêtrière Paris - France
et à l'hôpital 20 Août - CHU Ibnou Rochd Casablanca



يادة أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية و النوم و الشخير

الدكتورة زينب براحة

أخصائية أمراض الجهاز التنفسي
وأمراض النوم و الشخير

شهادة اضطرابات النوم كلية الطب باريس ديدرو

شهادة تصوير الصدر كلية الطب باريس ديكارت

شهادة الفحص بالصدى من الجمعية الفرنسية للفحص بالصدى باريس
طبية سابقة بمستشفيات باريس بتي سالبتيار و بمستشفي 20 غشت بالبيضاء

Casablanca le : 26/02/2021

Hm. Toubaie chadie.

Yi dents Dr. Kinehuiu de
retrouvé à l'effet pt. culd.



Résidence Espace El Mansour

22 Bd Yacoub El Mansour, 3^{ème} Etage Bureau N°27, Maârif Casablanca

22 شارع يعقوب المنصور، إقامة فضاء المنصور الطابق الثالث، مكتب رقم 27 المعاريف، الدار البيضاء

Tél : 05 22 98 12 19 / E-mail : pneumologiesommeil@gmail.com

FACTURE N : 2021 - 21

- Patient(e) : MME KOUBAÏSSA CHADIA
- Médecin prescripteur : DR BERRADA ZINEB
- Diagnostic : Post - Covid
- Traitements : 15 séances de kinésithérapie respiratoire et réentraînement à l'effort
- Calendrier : du 16/11/2021 au 20/12/2021
- Honoraires : 3750,00 MAD

Fait à Casablanca, le 20 / 12 / 2021

KINEMOBILE
Lot. Chrifa Rue 2 N° 98
Ain Chock - Casablanca
Gsm : 06.75.43.10.33

KINEMOBILE, SARLAU. Siège Social : Lot CHRIFA, Rue 2, N°98, AIN CHOK -- - Casablanca
RC : 385075 TP: 34092501 IF: 24850509 CNSS: 5643540 ICE: 001900531000021
GSM 0607 17 21 26 - WTSP 0675 43 10 33 - contact@kinemobile.com