

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.

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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

N° W21-712698

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10817 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mohamed El Mehdi Sorouchi

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 600,00 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : Le : 10/05/2022

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : [][][][][][][][][][]

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

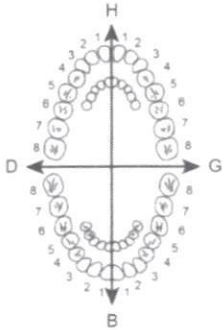
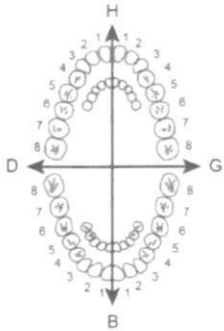
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

11:54


www.cnops.org.ma


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**
Généraliste de l'Assurance Maladie Obligatoire

Recherche



PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

BÉNÉFICIAIRES

CNOPS

Accueil - Application - Accueil

<div> Accueil Ma S.O.I.G.E.R. Remboursements Prise en charge Information Menu </div>						
<p>En vertu de l'article 73 de la Loi 55-00 portant code de la Couverture médicale d'urgence, 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 des dossiers de maladie.</p>						
Information	EN COURS DE TRAITEMENT : 4	FAIT	RETOUR POUR COMPLÉMENT : 1	NON FAIT : 1		
Nb Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4			5 175,00	2 342,00	406,00	3 748,00
✗ 71588906	06/04/2022	EL BOUMHARAJA	600,00	270,00	18,00	288,00 ✗
74023489	28/04/2022	EL BOUMHARAJA	2 918,00	1 600,00	300,00	1 900,00
74095626	06/05/2022	EL BOUMHARAJA	561,00	352,00	88,00	440,00
73119028	13/04/2022	EL BOUMHARAJA	1 100,00	120,00	0,00	1 200,00
<p>Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré - Télécharger</p> <p>★★★★★</p>						



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

الأمين الاجتماعي من المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مركز رقم: 130101

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **EL BOUWITAJ Ayca**

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Adresse : **Residence Ambassadeurs, Bd Aly Benyacoub
App 3211 Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **600,00 DHS**

Nombre de pièces jointes : **2**

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : **EL BOUWITAJ Ayca**

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Identification du médecin traitant

N° INP :

Type de soins :

Maladie :

Maternité :

Hospitalisation :

Accident :

Plu confidentiel remis :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشيد بصفة كل ما ذكر أعلاه
L'atteste les Pharmaciens Titulaires des pharmacies parties à ce dossier
Fait à : **CASABLANCA**
le : **26-03-2012**

أشيد بمطابقة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus exactes et vraies
Fait à : **CASABLANCA**
le : **26-03-2012**

Envoi 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.

Les remboursements et aides sociaux engagés sont effectués sur la base de la nomenclature 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 pénales et réglementaires.

L'obligation de remboursement prise par le CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 المستترادة وأستعملها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التفاضلية 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.

تقديم بعض المبالغ المصروفة على أساس المعرفة الوطنية المرجعية.

لاستشارة التأمينية عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتقديم.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لاستشفائ الاحتيالات الاجتماعية رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق بكم.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

— Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

[illegible]

တရားရုံး၊ အကျဉ်း၊ အကျဉ်း

EL BOUIHI RAJAA

Femme

Âge: 43

Date de Naissance: 05/12/1978

Date du Rapport: 24/03/2022

Testeur:

Commentaires du rapport:

Docteur Mostapha DETSOULI

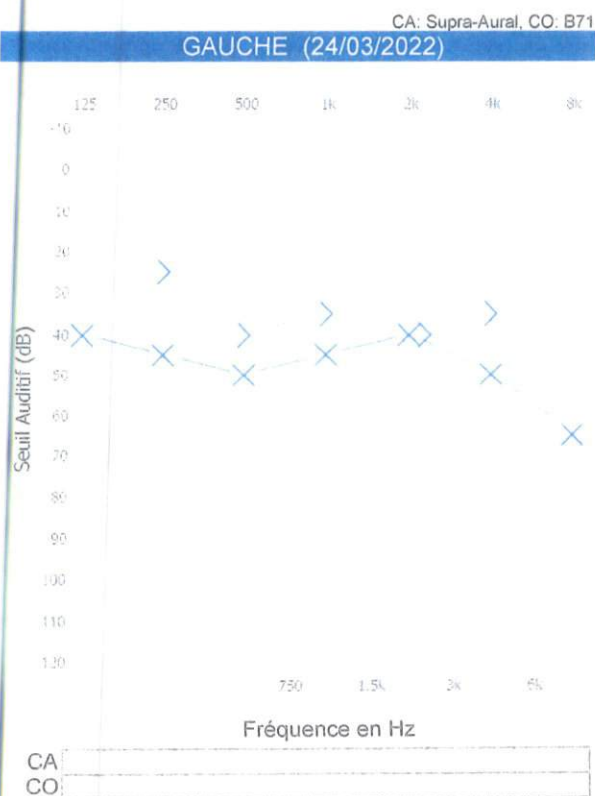
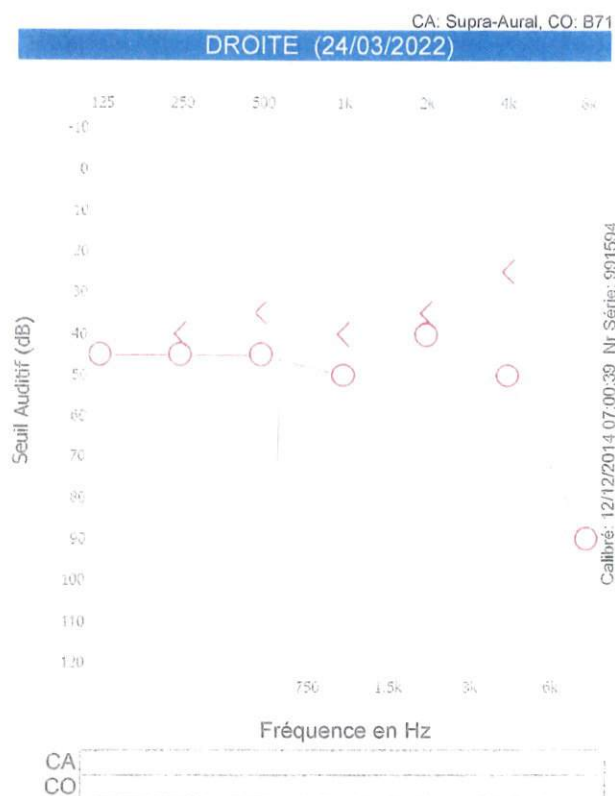
Professeur d'oto-rhino-laryngologie

Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca

Formation spécialisée Approfondie en O.E.L.

Diplôme de Spécialité O.E.L.

OTOsuite™



Multi Weber

250	500	750	1k	1,5k	2k	3k	4k

PTA (dB HL) / IA (%)

	CA	CO	IA
D	45	36	
G	45	38	

Signé par:

Légende

G	D	Masqué
		CA
		CO
		CL
		MCL
		UCL
		NR
PTA		
CA: 500, 1k, 2k		
CO: 500, 1k, 2k		
Méthode		
Aud :		

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 24/03/22 في الدار البيضاء، في

FACTURE :

Nom-Prénom : EL BOUIHI RAJAA

Examen : AUDIOGRAME

Montant : 600,00 DH+

TOTAL : 600,00 DH

Pr. M .DETSOULI

Pr Mostafa DETSOULI
Otorlino - Laryngologie

120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, 4^{ème} étage - 20 000 Casablanca
Tél. : 05 22 86 13 13 / 86 31 31 - Fax : 05 22 86 58 27 - E-mail : detsouli@hotmail.com