

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-715510

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 119234

Nom & Prénom : Saad Mousli

Date de naissance : 08/01/1987

Adresse :

Tél : 0666 123149 Total des frais engagés : 300,00 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

### 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



# Instructions à suivre

# تعليمات يجب اتباعها

Etudier 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.

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 وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتحاضرية التي تفتتحون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة المخرج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيخاض 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



Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



# وزارة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري من المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **ELMALYH SANAA** الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **385534** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **432910774** رقم التسجيل :  
N° CIN : **BK358278** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :  
Adresse : ..... العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **300** مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du medecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات  
Nom et prénom : **ELMALYH SANAM** الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **29-07-81** تاريخ الزيادة :  
N° CIN : **BK358278** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : ☒ M ☐ F ☐ الجنس :  
Identification du medecin traitant

Identification du medecin traitant تعريف الطبيب المعالج  
N° INP : **091175864** 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 :  
Date d'accident : ..... تاريخ الحادث :  
Causes : ..... أسباب الحادث :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **أين شوك** حورب :  
Fait à : **06/12/2024** في :  
Signature de l'assuré(e) توقيع المؤمن له (ها)  
Signature du medecin traitant توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et signature du medecin traitant أو من الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
\* أشهاد الخاتمة

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

ممنوع بيع هذا المطبوع



مجلدات الاطباء، الاطباء، والمهنة

[illegible]

عن عائشة رضي الله عنها

[illegible]

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/authentification\)](#)

[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

PAYE

NON PAYE 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	-	08/04/2022	Virement	-	300,00	160,00	40,00	200,00
→ 72359939	03/02/2022	Payé en : 64 jours		EL MALYH SANAA	300,00	160,00	40,00	200,00
- 1	-	05/04/2022	Virement	-	300,00	160,00	40,00	200,00
72218726	27/01/2022	Payé en : 68 jours		EL MALYH SANAA	300,00	160,00	40,00	200,00
≡ 1	-	10/01/2022	Virement	-	780,00	240,00	60,00	300,00
≡ 3	-	01/12/2021	Virement	-	3 870,00	2 348,00	587,00	2 935,00

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

☆☆☆☆☆



# DOCTEUR DINA YAELE ZAFRANI

Gynécologie Médicale et Chirurgicale

- Diplômée de la Faculté de Médecine de Lille à France
- Ancienne Praticienne de l'Institut Gustave Roussy PARIS
- Ancienne Chef de clinique du CHU de Dijon
- Ancienne Assistante du Cente Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

# الدكتورة زفراني يائل دينا

الطبيب وجراحة أمراض النساء والتوليد

- خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)
- ممارسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس
- رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون
- مساعدة سابقة بمركز أوسكار لامبري (ليل)
- مساعدة سابقة بمركز جورج فرانسوا لوكليرك في ديجون

Casablanca, le 6 Décembre 2021

COMPTE -RENDU D'ECHOGRAPHIE PELVIENNE DE Mme EL MALYH SANAA le 06 / 12 /2021

Indication: Dysménorrhée, douleur vive à la palpation du ligament utéri sacré gauche

Utérus: - Antéversé, mesurant 64X40 mm  
- myomètre: hétérogène, à contours réguliers, évoquant une adénomyose  
- fibromes: siège de 1 fibrome sous séreux droit 20x17MM  
- Endomètre: hypoéchogène, aspect en grain de café, mesurant 9mm dans le fond utérin,

Ovaire droit: -mesurant 37X21 mm Folliculaire avec un aspect de corps jaune

Ovaire gauche: -mesurant 25X20 mm peu folliculaire accolé à l'utérus, probablement en rapport avec un nodule d'endométriose au niveau du ligament utéro sacré gauche

Douglas:  
-libre

Conclusion: Suspicion d'adénomyose et de nodule profond endométriosique au niveau utéro sacré gauche.

Intérêt d'une IRM PELVIENNE.

D. ZAFRANI Dina Yaelle  
Gynécologie Médicale et Chirurgicale  
INP : 091 38 66 4  
Boulevard 20050 Casablanca  
Tél : 0522 430 430