

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 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

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.

N° W21-715510

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e) | | | |
| Matricule : 12907 | Société : RAM | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | MA9234 |
| Nom & Prénom : Saad Mouslihi | | | |
| Date de naissance : 08/10/1987 | | | |
| Adresse : | | | |
| Tél. : 06 66 12 31 41 Total des frais engagés : 300,00 Dhs | | | |

Authorisation CNDP N° : AA-215/2019

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| Date de consultation : / | | |
| Nom et prénom du malade : Age: | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| <input type="checkbox"/> 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) :



0665968954

SCM

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

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



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

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.

| | |
|------------------------------------|--|
| Cachet et signature de la mutuelle | |
| موجع و طابع التأمين | |
| Arrivée Ain Chok | |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : | |

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأخذتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلامات والوثائق الثبوتية إلى التأمينية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة المرض المستمر، في هذه الحالة، يجب تقديم أثني عشر شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المخصصة على أساس التعريف 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، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

0665968954

EL MALLYH SANAA

385534

438910774

BK358278

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

300

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ELMALYH SANAA

Date de naissance : 29/07/89

N° CIN : BK358278

Sexe : M ♂ F ♀

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق * : Oui Non

تاريخ الحمل :

التاريخ المزقب للولادة :

تاريخ الولادة :

Date d'accouchement :

Date d'accouchement :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 06122021

جاري : 06122021

توقيع و طابع الطبيب (العنوان أو المعاشرة المطبوعة)

Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

* أشطب الخانة

* يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

CIM - 10

مقدمة الوصفات التي يتم تنفيذها و التجهيزات الطبية المقدمة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exercées et dispositifs médicaux fournis

| التاريخ المبدىء Date d'exécution | النوع المفتوحة Prix facturé | توقيع في طابع الصيدلي أو معون للتجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|
| | INP : 1 1 1 1 1 1 1 1 | |
| | INP : 1 1 1 1 1 1 1 1 | |
| | INP : 1 1 1 1 1 1 1 1 | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Acies Formicaria

كتاب المساعدتين للطهرين

| التاريخ العدائي Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل المعلمات Lettre clé * Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المقدّر Montant facturé | توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | INP : | 11111111 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | INP : | 11111111 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | INP : | 11111111 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Accueil > Application > assure app

 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>)
★★★★★

DOCTEUR DINA YAELLE 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 Centre Oscar Lambret à Lille
- Ancienne Assistante du Centre Georges François Leclerc à Dijon

الدكتورة زفرااني يائيل دينا

طب و جراحة أمراض النساء والتوليد

خريجة كلية الطب (ليل فرنسا)

مارسسة سابقة بمعهد جوستاف روسو باريس

رئيسة سابقة بعيادة المستشفى الجامعي ديجون

مساعدة سابقة بمركز اوسكار 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 endomériosique au niveau utéro sacré gauche.

Intérêt d'une IRM PELVIENNE.

Dr ZAFRANI Dina Yaelle
Gynécologie Médicale et Chirurgicale
INP : 091 166 369
Casablanca 20050 Casablanca
Bourgogne 052 430 430