

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

- 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



Déclaration de Maladie

M22- N° 002878

122200

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
Date de naissance : 28/06/1949
Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 9 N°6 OULFA CASABLANCA
Tél. 0663875063 Total des frais engagés : 539,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CNP 5

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age : 66 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون 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 يوما) 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 طبقا للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن 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 (لها)

الاسم العائلي والشخصي : BEN JALLOUN Amina
رقم الانخراط : 153844
رقم التسجيل : 038 2301532
رقم بطاقة التعريف الوطنية : A787671
N° Affiliation :
N° Immatriculation :
N° CIN :

علاقة القرابة :
بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ☒ زوج
Enfant ☒ ابن

العنوان : Cite Tadamone rue 2 n°6 AP Azhari
El oulfa CASABLANCA

مبلغ المصاريف (درهم) : 539,10 DH
عدد الوثائق المرفقة : 06 pieces
Montant des frais (Dhs) :
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : BEN JALLOUN Amin
تاريخ الازدياد : 01/13/56
رقم بطاقة التعريف الوطنية : A787671
Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 09 10 61069 * الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* ☒ مرض *
Maternité* ☐ أمومة *
Hospitalisation* ☐ إستشفاء *
Accident* ☐ حادث *
Pli confidentiel remis* : ☐ oui ☐ non : تم تقديم الظرف المغلق *
Date de grossesse : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :
Date d'accident : تاريخ الحادث :
Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus
Fait à : CASABLANCA حرر بـ :
Le : 21/11/2022 في :
Toujours le médecin traitant
Signature de l'assuré(e)
أصبح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
حرر بـ :
في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Signature du Médecin traitant
Toujours le médecin traitant
Signature de l'assuré(e)

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux - 191</p>
<p>9/10/2022</p>	<p>239.00</p>	<p>Pharmacie TAM Dr. Bennani Jaafar 102, Bd. Oued Sebou - Oulfa CASABLANCA</p>

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 الإحليلي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

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
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Information	EN COURS DE TRAITEMENT 1	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	-	02/07/2022	Virement	-	539,10	192,66	21,61	214,27
74276411	18/05/2022	Payé en : 45 jours		BENJALLOUN AMINA	539,10	192,66	21,61	214,27
☰ 2	-	06/06/2022	Virement	-	4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30
☰ 1	-	02/06/2022	Virement	-	308,90	130,01	18,09	148,10
☰ 1	-	12/05/2022	Virement	-	1 950,00	600,00	75,00	675,00
☰ 1	-	16/03/2022	Virement	-	682,10	471,40	67,32	538,72
☰ 1	-	01/03/2022	Virement	-	988,70	447,48	96,10	543,58

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

★★★★☆



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



74276411

N° de Dossier :

74276411

Date et heure : 18/05/2022 08:44

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

539,10

Nombre de pièces :

6

Code Établissement :

Agent de réception :

9MGE489

Nom Etablissement :



CABINET HÉPATO-GASTRO-ENTÉROLOGIE

Docteur Mustapha EL YOUNSI

Diplômé de la faculté de Médecine de Paris

Diplômé Universitaire des Hépatites Virales

Ancien Attaché des Hôpitaux de pitié-salpêtrière beaujon, Bichat - Paris

Membre de la Société Française de Gastro-Entérologie

Fibroscopie • Coloscopie • Protocologie • Ph-Métrie Oesophagienne

Echographie • CPRE + Sphinctérotomie

Mme BENJALLOUN Amina

Casablanca le, 21/04/2022

39.90

Nidazo 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

37.30 x 3

Zentel 400

1 comprimé par jour à jeune (pendant 03 jour)

87.30

Dermofix pommade

1 appl x 2 par jour (pendant 02 semaine)

239.10

Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
102, Bd Oued Sebou - Ouita
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99



Dr. EL YOUNSI MUSTAPHA
Hépatogastro-entérologue
203, Boulevard Zerketouni
Tél: 0522 36 01 80 / 0522 36 01 74
Fax: 0522 36 01 74
Gsm: 0623 77 74 11

LOT : 8208
UT. AV : 03-25
P.P.V: 39 DH 90



GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 648242
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 648242
6 118001 141364

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 37,30 DH
ID: 648242
6 118001 141364