

# 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

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Déclaration de Maladie

M22- N° 002878

122200

|                                |  |  |                                      |
|--------------------------------|--|--|--------------------------------------|
| Matricule :                    | 1180   | Société :                                      | RAM                                  |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre :               |                                      |
| Nom & Prénom :                 |  | EL MOUSTI RACHID                               |                                      |
| Date de naissance :            |  | 26/06/1949                                     |                                      |
| Adresse :                      |  | cité AITA DAMOUNE Rue 21 N° 6 OULFA CASABLANCA |                                      |
| Tél.                           |  | 0663875063                                     | Total des frais engagés : 539,10 Dhs |

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément  
CHPS

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Age: 66 ans

Enfant

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Instructions à suivre

## تعليمات يج بـ 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 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وظابع التأمينية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : [ ] تاريخ الإيداع :



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمعرض

## Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

N° Bordereau :

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

153844

93R12BD1532

A787671

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

علاقة القرابة  
بين المستفيد والمؤمن له\*

العنوان : Cite Tadlamone, rue 2, n° 6 AP Azhari El ouffa CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 539,10 DH

Nombre de pièces jointes : 06 pieces

## Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

014/3/56

A787671

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

Masculin

ذكر

Féminin

انثى

## Identification du médecin traitant

• N° INP :

391061969

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق\* :

Maladie\*

مرض \*

Maternité\*

امومة \*

Hospitalisation\*

استشفاء \*

Accident\*

حادث \*

Pli confidentiel remis\* :

oui

non

تم تقديم الظرف المغلق\* :

تاريخ الحمل :

Date de grossesse :

التاريخ المرتقب للولادة :

Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :

Date d'accident :

أسباب الحادث :

Causes :

اصبح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessous

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر بـ : ... في : ...

Le : 21/14/2022

Signature de l'assuré(e) : ...

Signature de l'agent : ...

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

### Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CJM - 10

## **جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**

### **Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | الثمن المفوت<br>Prix facturé | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>Télé - <a href="http://www.medicis-dispo.com">www.medicis-dispo.com</a>  |
|-----------------------------------|------------------------------|--|
| 26/06/1401/16                     | 39. N                        | <p>INPE : 0021004</p> <p>INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]</p> <p>CASA BLANCA<br/>102, Bd. Ben Aïcha - Sétif - Ouled<br/>Dr. Bennani Jaffar</p> <p>PHARMACIE TAH</p> |

INP :

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوت<br>Montant facturé | توقيع وطلب طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|----------------------------------|--|
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
|                                   |                                |   |                            |                                  |  |
| INP : <input type="text"/>        |                                |   |                            |                                  |  |

INP: | | | | | | | |

caux

INP

INP

INP

عمليات المساعدين الطبيين

|             |                          |      |            |
|-------------|--------------------------|------|------------|
| 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>)





Date d'édition : 18/05/2022 08:45:37

MME BENJALLOUN AMINA  
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OLFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

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 Etablissement :

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 + Sphincterotomie

Mme BENJALLOUN Amina

Casablanca le, 21/04/2022

39.90

Nidazo 500

1 comprimé, matin et soir (pendant 07 jour)

S.V  
TAM

37.30 x 3

Zentel 400

1 comprimé par jour à jeûne (pendant 03 jour)

S.V  
TAM

87.30

Dermofix pommeade

1 appl x 2 par jour (pendant 02 semaine)

S.V  
TAM

239.10

Pharmacie TAM  
Dr. Benmami Jaffer  
02, Bd Oued Sebou - Outa  
Casablanca  
Tél: 0522 90 18 99



Dr. El YOUNSI MUSTAPHA  
Hepato Gastro Entérologue  
203, Résidence Ben Ham, bd Zerkouni En Face (SAHAM Ex CNIA) - Casablanca - Tél.: 05 22 36 01 80 / 05 22 36 01 74  
Fax : 05 22 36 01 74 - Gsm : 06 23 77 74 11 - E-mail : elyounsimustapha@hotmail.com