

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.



187259

Déclaration de Maladie : N° P19-0002189

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2693

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : T. B. 21. N. K. 21

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 128848 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) :

Adresses Mails utiles

- Reclamation : 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

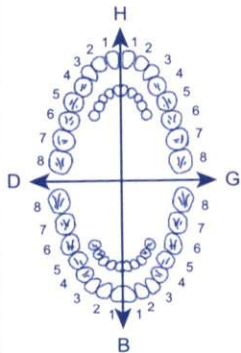
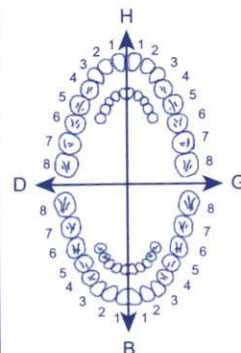
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

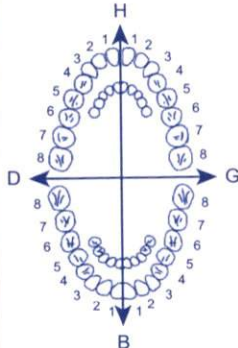
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DEBUT D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>FIN D'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	<div style="text-align: center;"> H <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> </table> <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 100%;"> D G </div> <table style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="padding: 2px;">00000000</td> <td style="padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;">35533411</td> <td style="padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table> B </div>			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div>COEFFICIENT DES TRAVAUX</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>MONTANTS DES SOINS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DU DEVIS</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div>DATE DE L'EXECUTION</div> <div><input style="width: 150px; height: 30px;" type="text"/></div> </div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées		Nature des Soins	Coefficient		
					COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
					MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

 <p>CNOPS</p>	<p>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</p> <p>Feuille de soins pour les Affections de longue Durée</p>	<p>التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire</p> <p>Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم</p>
<p>N° Bordereau :</p>		<p>N° Dossier :</p>
<p>Partie réservée à l'assuré(e)</p>		<p>خاص بالمؤمن له (لها)</p>
<p>Nom et prénom : BENBOUBKER AMAL : الإسم العائلي و الشخصي</p>		
<p>N° Affiliation : 469860 : رقم الانخراط</p>		
<p>N° Immatriculation : 431253389 : رقم التسجيل</p>		
<p>N° CIN : B84232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية</p>		
<p>Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له</p>		
<p>Conjoint <input type="radio"/> زوج Enfant <input type="radio"/> ابن</p>		
<p>Adresse : 10 RESIDENCE ANNICHE CASABLANCA - ANFA : العنوان</p>		
<p>Montant des frais (Dhs) : 1224,00 : مبلغ المصاريف (درهم)</p>		
<p>Nombre de pièces jointes : 22 : عدد الوثائق المرفقة</p>		
<p>Déclaration du médecin traitant</p>		<p>تصريح الطبيب المعالج</p>
<p>Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات</p>		
<p>Nom et prénom : BENBOUBKER AMAL : الاسم العائلي و الشخصي</p>		
<p>Date de naissance : 13/09/54 : تاريخ الازدياد</p>		
<p>N° CIN : B84232 : رقم بطاقة التعريف الوطنية</p>		
<p>Sexe* : M <input checked="" type="radio"/> ذكر F <input type="radio"/> أنثى : الجنس</p>		
<p>Identification du médecin traitant</p>		<p>تعريف الطبيب المعالج</p>
<p>N° INP : 091021287 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس</p>		
<p>Type de soins : نوع العلاجات</p>		
<p>Admission ALD* : Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> : قبول المرض المزمن</p>		
<p>N° dossier ALD* : : رقم ملف المرض المزمن</p>		
<p>Code ALD : : رقم المرض المزمن</p>		
<p>Soins ambulatoires* <input type="radio"/> : علاجات خارجية</p>		
<p>Pli confidentiel remis* : Oui <input checked="" type="radio"/> Non <input type="radio"/> : تم تقديم الطرف المغلق</p>		
<p>Hospitalisation* <input type="radio"/> : استشفاء</p>		
<p>Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء</p>		
<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : CASA : حرر بـ</p> <p>le : 27/05/2022 : في</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>		<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : CASA : حرر بـ</p> <p>le : 28/04/2022 : في</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> <p>Dr. BENBOUBKER KAZIM</p> <p>Médecine générale - Pédiatrie</p> <p>* أشطب الخانة</p>

وصف العمليات المجرأة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معلن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
28/4/2022	594.80	Pharmacie 48, Avenue l'Emilage 601, J.L.L., B.P. 1924, F-21, U.Z.A.B.
	INP : INPE 092031384	
	INP :	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة و الصور

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عائلات 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
21/01/2022				480	<p>Handaloussi</p> <p>Maâladoussi</p> <p>05 22 08 45 89</p> <p>Service Commercial</p>
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					
INP : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []					



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	-	1 224,80	862,16	64,84	927,00
74694057	09/06/2022	BENBOUBKER AMAL	1 224,80	862,16	64,84	927,00

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

☆☆☆☆☆

Dr. Benboubker Kazmane Adiba

MEDECINE GENERALE

Echographie
Expert Assermentée

Jamila 5 - Rue 145 N°110
Cité Djemaa - Casablanca

Tél : 05 22 37 16 61

الدكتورة بنوبكر قزمان أدبية

الطب العام

الايكوغرافي

خبيرة لدى المحاكم

جميلة 5 زنقة 145 رقم 110

قرية الجماعة

الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 37 16 61

Casablanca, le ...28/...04/...2022

Dr BENBOUBKER ADIBA

1) glucophage 500 n° 6
20.80 x 6. 1 p 2x / J

2) Bandelettes pour mesure de la glycémie n° 5

3) Zadynf long n° 3
59.00 x 3. 1 p / J

4) XALATAN collyre n° 4
167.00 x 2. 1 goutte le soir

594.80

Dr. BENBOUBKER KAZMANE Adiba
Médecine générale - Diabétologie
Permis de conduire
Jamila 5 Rue 145 N° 110 C.D - Casa
Tel : 05 22 37 16 61



MAROC DIABETE PLUS

94 Rue ABOU ASSALT AL ANDALOUSSI - MAARIF

CP : 20100

Casablanca Maroc

Tél : 0522 23 76 76 / 23 75 24 / 98 44 65

Email : marocdiabete@menara.ma

Facture N° : FA22/2495

DATE

CLIENT

PAGE

25/05/2022

04048

1 / 1

MR BENBOUBKER AMAL

Casablanca

Code	Désignation de l'article	Qté	P.U TTC	P.T TTC
	B.L N° : BL22/2684			
GS570/25	BANDELETTE BIONIME GS570 BTE 25	3.00	80,00	240,00
GS300/25	BANDELETTE BIONIME GS300 BTE 25	3.00	80,00	240,00

MAROC DIABETE PLUS
94, Rue Abou Assalt Al Andaloussi
Maarif - Casablanca
Tél : 0522 23 76 76 - Fax : 05 22 98 44 65
marocdiabete@menara.ma

Net H.T	TAUX	T.V.A
400.00	20%	80.00
TOTAL		TOTAL
400.00		80.00

Montant HT	400.00
Montant TVA	80.00
Montant TTC	480.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT QUATRE VINGT DIRHAMS.

94 RUE ABOU ASSALT AL ANDALOUSSI - MAARIF - CASABLANCA - Tél. : - Fax :

E-mail : marocdiabete@menara.ma - R.C. : 230025 - I.F : 40250925 - T.P: 35792103 - C.N.S.S : 8647284