

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Déclaration de Maladie

Nº M21- 0061091

A 39506

Cadre réservé à l'adhérent (e)		
Matricule : <u>006073</u>	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : <u>SOUAD BEKKALI</u>		
Date de naissance : <u>27/11/1959</u>		
Adresse : <u>Résidence Achraf, immeuble HA, apt S, Ain check, casablanca, MAROC, 20470</u>		
Tél. : <u>066 233 76 14</u>	Total des frais engagés :	<u>1509,60</u> Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 /2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :/...../.....	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
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 : <u>CASA</u>	Le : <u>02/12/2022</u>
Signature de l'adhérent(e) :	





**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

■ (/portailapps/www/index.php/assures/auth/MesFrais) ■ 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

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
- 2	-	30/10/2022	Virement	-	3 449,60	2 206,12	0,00	2 206,12
76160216	08/09/2022	Payé en : 52 jours		BEKKALI SOUAD	1 502,60	804,52	0,00	804,52
76239794	13/09/2022	Payé en : 47 jours		BEKKALI SOUAD	1 947,00	1 401,60	0,00	1 401,60
- 1	-	30/06/2022	Virement	-	2 469,70	1 081,41	0,00	1 081,41
74146797	10/05/2022	Payé en : 51 jours		BEKKALI SOUAD	2 469,70	1 081,41	0,00	1 081,41
■ 1	-	18/02/2022	Virement	-	749,70	120,00	0,00	120,00

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

★★★★★

Nom et prénom :

SOUAD BEKKALI

الاسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation :

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

رقم التسجيل :

N° CIN :

AS35139

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : Résidence Achour, imm HA apt 5, 3^{eme} étage
AIN CHOCK, CASABLANCA, 20470, MAROC

العنوان : مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : الاسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : تاريخ الازدياد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : الجنس* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

101083186

الرقم الوطني الاستدلالي للمعابر :

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 :

Date d'accident :

.....

تاريخ الحادث :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : RABAT حرب بـ :
le : 06/09/2022 في :
Signature de l'assuré (e)

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : حرب بـ :
le : 31/08/2022 في :
Signature Dr KAMAL AHMED

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصادرة
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

1, Rue Beyrouth 1^{er} étage Appart 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 066 44 44 44

* اشتب الخانة
يعني منعا كلبا يبيع هذا المطبوع

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التحويلات الطبية الممدوحة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان المفترض Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	282,60	03/03/122 102036506

Actes Paramédicaux

**CABINET DE DIABÉTOLOGIE
D'ENDOCRINOLOGIE ET DE NUTRITION**

DR. ABDELHAK KAMMAH

Spécialiste Diplômé des Hôpitaux des Armées - Diabétologie
Obésité - Nutrition - Maladies des glandes et du sein - Stérilité
du couple - Ménopause - Impuissance - Triglycérides - Cholestérol

عيادة أمراض السكري
الغدد والتنفس
د عبد الحق الهمام

اختصاصي خارج المستشفيات العسكرية
أمراض السكري و السمنة . التغذية . امراض الغدد والثدي
عقم الزوجين . القعود . العجز الجنسي . الكوليسترول والتريليسيريد

موقع العمل

من الساعة 9h إلى 17h

المراقبة الموقالية مجانية خلال 15 يوما

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

PPV: 49,60 DH
LOT: 22C15
EXP: 03/2025

LOT 22C376
EXP 03 2025
PPV 42,20



CALCIFIX D₃
30 comprimés

Remboursable AMO



03.09.22

Bekkali Souad



Traitement pour 2mois.

49,60x2

D Cure Forte. 1 ampoule /30 j. 2 boites a midi

42,20x2

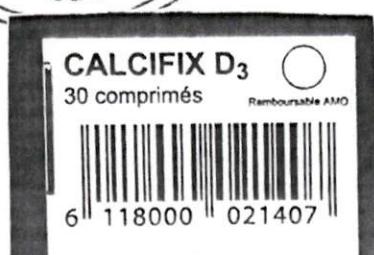
Calcifex. 1 cp /j a midi

Lysanxia 10 mg ½ cp matin. 1cp soir

99,00

Adetiva vital

282,60



Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90



عيادة الفحص بالأشعة السينية
CABINET DE RADIOLOGIE ESSAADA

إقامة السعادة - شقة 501 الطابق الأول - 5، شارع الحسن الثاني - الرباط
Résidence Essaâda - Apt. 501 - 1er étage - 5 Avenue Hassan II - Rabat
الهاتف : 05 37 76 85 40 / 05 37 76 85 46

Rabat, le 05/09/2022

Dr. Adil ZEMMOURI

Patient (e) /
Envoyé (e) par /

M^{me} Souâd BEKKALI
D^r Abdelhak KAMMAH

FACTURE N° 2022 // 1242

ECHOGAPHIE ABDOMINALE	400.00 DHS
TOTAL	400.00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de :
QUATRE CENT DIRHAMIS.

PAYE EN ESPECE

INPE = 101 141 273

Dr. A. ZEMMOURI
Signature
CABINET RADIOLOGUE
5, Avenue Hassan II - Rabat
Tél.: 05 37 76 85 40 / 05 37 76 85 46
INPE: 101 141 273

Scanner - Radiologie - Echographie - Doppler - Mammographie - Panoramique dentaire

Patente N° 25 100 839 - IF : 033 017 92 - CNSS : 233 66 35 - ICE : 001614512000073



مختبر المامونية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MAMOUNIA

FACTURE N° : 0041/22

ABAT Le : 03/09/2022

Analyses effectuées le : 03/09/2022

Pour : Mme. BEKKALI SOUAD

sur prescripteur du :

Code 002459/22

CNOPS

Code Acte dans la NABM	Acte de Biologie demandé	Cotation B	Prix en DH
	PC	B0	25.0
	VITD	B450	495.0

Cotation B: 450
Prélèvement : 25,00 DH
Montant Net : 520,00 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
CINQ CENT VINGT DHS

Laboratoire d'Analyses Médicales
Mamounia
Dr. LAKHMIRI Amine Biologiste
INPC : 113001061
ICE : 001613756000018
Identifiant Fiscale : 33402903
Av. Hassan II - Rabat



101001061

Amine LAKHMIRI Pharmacien Biologiste
Diplômé de l'Université de Montpellier

أمين الحصيري صيدلي إنجياني
خريج كلية موسيليم

العنوان: شارع المصطفى الناصري - الرباط . الهاتف : 05 37 72 28 88 - 05 37 72 10 59 - 05 37 72 24 24
Résidence Mamounia (Ex CTM). Angle AV Hassan II et Rue Beyrouth - Rabat - Tél : 05 37 72 24 24 / 05 37 72 10 59 - Fax : 05 37 72 28 88
البريد الإلكتروني : Email : labomamounia1@gmail.com
C.N.S.S. : 2696287 - Pat n° 25100207 - R.C n° 53218 - ICE 001613756000018
ص.م.د. رقم : 25100207 - الخصبة المهنية : 53218 - س.ت : 2696287

**CABINET DE DIABÉTOLOGIE
D'ENDOCRINOLOGIE ET DE NUTRITION**
DR. ABDELHAK KAMMAH

Spécialiste Diplômé des Hopitaux des Armées - Diabétologie
Obésité - Nutrition - Maladies des glandes et du sein - Stérilité
du couple - Ménopause - Impuissance - Triglycérides - Cholestérol



عيادة أمراض السكري
الغدد والتنفسية
د. عبد الحق القماح

خصاصي خريج المستشفيات العسكرية
أمراض السكري و السمنة . التغذية . امراض الغدد والثدي
عقم الزوجين . القعود . العجز الجنسي . الكوليسترول والتريلكليسيريد

مواعيده العمل

من الساعة 9h إلى 17h

مراقبة الموالدة مجانية خلال 15 يوما

Vit D2/D3

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1,Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

03.09.22
Bekkali Souad

LAKHMI Laboratoire d'Analyses Médicales
Mounia Biologiste
INPE: 103804461
ICE: 061613755000018
Identifiant Fiscal : 33402903
Av. Hassan II , Rabat

**CABINET DE DIABÉTOLOGIE
D'ENDOCRINOLOGIE ET DE NUTRITION**

DR. ABDELHAK KAMMAH

Spécialiste Diplômé des Hôpitaux des Armées - Diabétologie
Obésité - Nutrition - Maladies des glandes et du sein - Stérilité
du couple - Ménopause - Impuissance - Triglycérides - Cholestérol



**يَادُهُ أَمْرَاضُ السُّكَرِيَّةِ
غَدَدُ وَالْتَغْذِيَّةِ
عبد الحق القمامي**

باصي خريج المستشفيات العسكرية
، السكري و السمنة . التغذية . امراض الغدد والثدي
لزوجين . القعود . العجز الجنسي . الكوليسترول والтриغليسيريد

مواعيد العمل

من الساعة 9h إلى 17h

قبة الموالية مجانية خلال 15 يوما

03.09.22
Bekkali Souad

Echographie Abdominal

Dr. KAMMAH Abdelhak
DIABETOLOGUE
1,Rue Beyrouth 1er Etage Appt 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90

Dr. A. KAMMAH
DIABETOLOGUE
1, Rue Beyrouth 1er Etage Appart 6
Tel: 05 37 70 50 52
Gsm: 06 61 37 09 90