

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

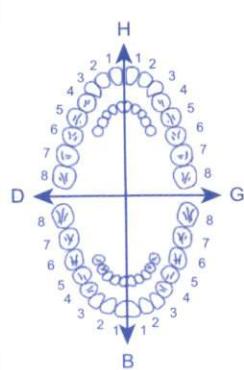
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

M22- 0036235

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 :

26.06.49

Adresse : Cité ATTADAMOUNE Rue 2 de G OULFA .

CASABLANCA .

Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 1300,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément
CNOHS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Amina

Age : 66

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 :

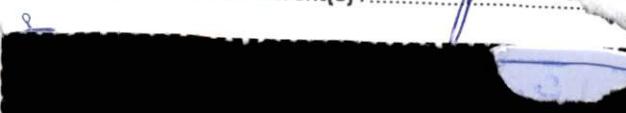
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 10 / 19 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :



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 patients 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 وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الایداع :

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

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطر للتجاهله عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل هن ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة هن خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : BEN TALLOUN Amina

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

11538144

9382325132

A78767

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان : Cité Tacamene Rue 1 n° 6 Agzari
El ouffa CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1.300 DH

Nombre de pièces jointes : 08

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : Benjatelloun Amina

Date de naissance :

01/10/66

N° CIN :

A78767

Sexe* :

Masculin

ذكر

Féminin

أنثى

Identification du médecin traitant

• N° INP

Té 0522 803222

Type de soins

Maladie* مرض*Maternité* امومة*Hospitalisation* إستشفاء*Accident* حادث*

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق * :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Pli confidentiel remis* :

oui

non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : CASABLANCA

Le : 12/10/2012

تعقيدها في المكان الذي يعيش فيه

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessous exactes et véritables.

Fait à : Casablanca

Le : 12/10/2012

توقيع المعني بالامر المختار أو المفوض

Cachet et Signature du Médecin traitant

Té : 0522 863222

* اشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الورود جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذي Date d'exécution	الثمن المفoter Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

INP:



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OULFA
 CASABLANCA
 CASABLANCA CENTRE DE TRI
 20000

N° de Dossier : 76661659 Date et heure : 05/10/2022 12:06

Nom et prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA

Immatriculation : 93230532 / 090018027

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENJALLOUN AMINA / 01

Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 1 300,00 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

Accusé de Réception



([/portailapps/www/index.php/assures/auth/MesDossiers](https://portailapps/www/index.php/assures/auth/MesDossiers))

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation



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 PAYÉ 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		03/12/2022	Virement		1 300,00	400,00	50,00	450,00
	76661659	05/10/2022	Payé en : 59 jours	BENJALLOUN AMINA	1 300,00	400,00	50,00	450,00
■ 2		31/10/2022	Virement		1 436,40	867,57	98,60	966,17
■ 1		03/10/2022	Virement		969,70	250,02	40,58	290,60
■ 1		30/07/2022	Virement		2 144,80	1 177,79	252,53	1 430,32
■ 1		02/07/2022	Virement		539,10	192,66	21,61	214,27
■ 1		06/06/2022	Virement		4 412,10	2 114,50	134,80	2 249,30
■ 2		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

Centre Bir Anzarane de Kinésithérapie Physiothérapie et Bien-Être



Casablanca, le 05/10/2022

Facture

Je soussigne, certifie que M^{me} Benjelloun Amina a fait 10 séances de rééducation fonctionnelle pour Chiarthrose avec subluxation latérale de la rotule gauche.

$$10 \times 130 \text{ DH} = 1300 \text{ DH}$$

Arrêtée, la présente facture à la somme de mille trois cent dirhams.

- 1^{re} Séance 05/09/22
- 2^e Séance 07/09/22
- 3^e Séance 09/09/22
- 4^e Séance 12/09/22
- 5^e Séance 16/09/22
- 6^e Séance 18/09/22
- 7^e Séance 21/09/22
- 8^e Séance 26/09/22
- 9^e Séance 03/10/22
- 10^e Séance 05/10/22

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
BD Bir Anzarane Extension Maârif
N° 109 1er Etage - Casablanca
Fix.0522 99 11 69 GSM.0676 32 30 72

Dr. ZAIM Kenza
Médecin Interniste
Tél: 05 22 86 32 22

Le: 28/8/22

ORDONNANCE

Benjelloun Amine

gonarthrose avec subluxation lat.
de la cuisse 6^e

Q séances de rééducation

- physiothérapie antalgique.
- renforcement musculaire

x 10 séances.

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
BD Bir Anzarane Extension Maroc
N°108/1er Etage - Casablanca
Tél: 0522 99 11 69 GSM: 0678 32 30 72

Dr. ZAIM Kenza
Médecin Interniste
Tél: 05 22 86 32 22