

RELEVÉ 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
---	------	-----------------------

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
--	------	---------------------------------	---------------------------

[illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

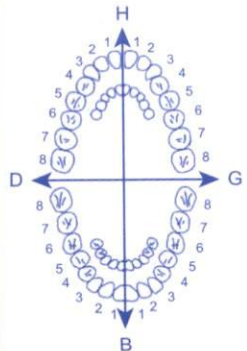
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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


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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			G
	00000000		00000000
	35533411		11433553
		B	

(Création, remont, adjonction)
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RECOMMANDATIONS 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 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



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

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 : 1309,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dachet du médecin :

Complément
CNOBS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALOU 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 / 12 / 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 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 الناتجة 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 رهين 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 : BENTALLON Amina

N° Affiliation : 153844 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 9318230532 رقم التسجيل :

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☒ زوج Enfant ☒ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Adresse : Cité Sadamène me 6 Azhari EL ouffa CASABLANCA العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1.300 DH مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 02 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Bentallon Amina

Date de naissance : 24/11/1986 تاريخ الزدياد :

N° CIN : A78767 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* ☒ مرض

Pli confidentiel remis* : 22 تم تقديم الظرف المغلق* : oui non

Maternité* ☐ أمومة

Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* ☐ إستشفاء

Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* ☐ حادث

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-avant.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

Le : 25/11/2022 في :

توقيع الطبيب المعالج أو الممارس (e)

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

Fait à : حرر بـ :

Le : 25/11/2022 في :

توقيع الطبيب المعالج أو الممارس (e)

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux																					
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
	INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste															
INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
INP : <table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
Bd Anzarane Extension Maarif
109 1er Etage - Casablanca
09 11 69 GSM 0678 22 30 72

عمادات : مساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاملات العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
05/10/22	10 séances de rééducation fonctionnelle pour			
Facture	Gonarthrose avec subluxation latérale rotule gauche			1300,00 DH
INP : 10651036846				
INP :				
INP :				

طبي توقيع
Signature Doc Supramédical

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeute
BP Bizanarane Extension Me
N° 109 Ter Elmag - Casablanca
Fix 0522 99 11 69 GSM 06 76 22 12

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
80 Bir Anzarane Extension Médicale
N° 109, 1er Etage - Casa Yancé
Tlx. 0522 99 11 69 GSM 06 62 22 11 69



MME BENJALLOUN AMINA
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ
OULFA
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

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 :



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 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	-	03/12/2022	Virement	BENJALLOUN AMINA	1 300,00	400,00	50,00	450,00
76661659	05/10/2022	Payé en : 59 jours			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 soussigné, certifie que M^{me} Benjelloun Amina
a fait 10 séances de rééducation fonctionnelle
pour Gouttière avec subluxation latérale de la
colonne gauche.

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

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

1^{ère} Séance 05/09/22
2^{ème} Séance 07/09/22
3^{ème} Séance 09/09/22
4^{ème} Séance 12/09/22
5^{ème} Séance 16/09/22
6^{ème} Séance 19/09/22
7^{ème} Séance 21/09/22
8^{ème} Séance 26/09/22
9^{ème} Séance 03/10/22
10^{ème} Séance 05/10/22

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
BD Bir Anzarane Extension Maârif
N°105 1^{er} Etage - Casablanca
Fix. 0522 99 11 69 GSM 0678 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 rotule G^{ch}

9 séances de rééducation.

- physiothérapie antalgique.
- renforcement musculaire

X 10 séances.

EL FAKIRI Mounir
Kinésithérapeutes
BD Bir Anzarane Extension Médail
N° 109 / 1^{er} Etage - Casablanca
Fix: 0522 99 11 69 GSM: 0678 32 30 72

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