

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

- 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.

Maladie

Dentaire

M22- 0030594

Optique 167957 Autres

Pour COMPLÉMENT
Déclaration de Maladie

Maladie réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3711 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : HAMMOU ABDELOUAHED

Date de naissance : 21.04.1951

Adresse : Résidence A1 Manar 1^{me} P App 6
Av. BIR ANZARATE EL JADIDA

Tél. : 066.1.238470 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : POUERAMINE Khatija Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : POUERAMINE

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 : EL JADIDA Le : 11/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

MME BELAMINE KHADIJA
RES L MANAR IMM P APT 6
AV BIR ANZARANE



Accusé de Réception



EL JADIDA PRINCIPAL
24000

N° de Dossier : 81323416 Date et heure : 07/06/2023 09:44

Nom et prénom Assuré : **BELAMINE KHADIJA**

Immatriculation : 93805742 / 090284191

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: **BEJAMINE KHADJII**

Type de dossier : **FEUILLE DE SOINS**

Lieu de réception : **SIDI BENNOUIB 86802**

Valeur en Dirhams

Code Etablissement :

Nom Etablissement : **LE GRAND MARCHÉ**



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

💡 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	-	28/06/2023	Virement	-	957,10	524,87	82,76	607,63
	81323416	07/06/2023	Payé en : 21 jours	BELAMINE KHADJA	957,10	524,87	82,76	607,63
1	-	05/04/2023	Virement	-	966,10	589,34	97,49	686,83
1	-	21/01/2023	Virement	-	1 055,60	651,57	111,72	763,29

Dr. CHIBANE Sara
Cardiologue

- Diplômée de la faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
- Diplômée en Echocardiographie de l'université de Bordeaux-France
- Ancien médecin interne du CHU Ibn Rochd de Casablanca
- Ancien médecin interne du CH Louis Pasteur, Chartres-France



الدكتورة شيبان سارة
أخصائية أمراض القلب والشرايين

- خريجة كلية الطب و الصيدلة بالدار البيضاء
- دبلوم الفحص بالصدفي للقلب من جامعة بودو، فرنسا
- طبقة داخلية سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد بالدار البيضاء
- طبقة داخلية سابقة بمستشفى لويس باستور شارل بفنسا

El Jadida le : 06/06/23

Hme Belamine Khadija

1) Coleram 515 mg 1S 1S 1S
2 08,00 x3 apply matin
1S 1S 1S

2) Cardicarpamine 100 mg 1S 1S 1S
27,70 x3 apply midi

3) Traitement de 03 1S 1S 1S
407,10

11, Bd Kassem Zhiiri (ex Allal El Fassi), Résidence Noussair, étage Appt n°5, hay Al Matar

(à côté café Le Maréchal) El Jadida

Tél. : 0523802770 | e-mail : dr.sara.chibane@gmail.com

DR. CHIBANE SARA
Cardiologue

11, Bd Kassem Zhiiri, Résidence Noussair
étage Appt n°5, hay Al Matar
El Jadida

0523802770

pharmacie Jahidi
Dr. Maria Nahla Rifi
Tél. : 0523802770
N°PE : 112035100
Rue Allal El Fassi, El Jadida
Casablanca, Maroc



COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078



COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078



COVERAM® 5mg/5mg

Péridopril arginine / amlodipine

30 comprimés



6 118001 130078

Instructions à suivre

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 prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التاضدية التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج الميسّتر. في هذه الحال ، يجب تقديم الملف في حدود شهرين(60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفه على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة التعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

توقيع و طابع التاضدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (بها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BELAMINE KHADJA

297143

N° Affiliation :

932 805742

N° Immatriculation :

B 428419

N° CIN :

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

Conjoint زوج ابن

Adresse : Résidence A1 Manar Imm P App 6 Avenue :
Bir Anzana EL JANDA

Montant des frais (Dhs) : 957,10 DH

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : BELAMINE Khadja

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ذكر

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

مرض *

أمومة *

استشفاء *

حادث *

PII confidentiellement

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Oui

Non

.....

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

190857

B 428419

ذكر

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المفقّق :

تاریخ الحمل :

التاریخ المرتقب للولادة :

تاریخ الاستشفاء :

تاریخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : حرب :

le : قری :

توقيع المؤمن له (بها) :

Signature de l'assuré (e) :

- INP : Identification Nationale du Praticien

- Cocher la mention utile pour chaque case

أصرح بعدم دلالة صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à :

le :

توقيع و طابع المؤمن له (بها) أو المنسوبة إليه

Capte et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

أشطب الخانة

.....

Tel : 0523 802 210

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

ج- جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبيعية المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی

06/06/2023 12:09:43

ID: 06/06/23 02

BELAMINE

KHADIJA

FEMME 65 Année

FC/RR méd: 69 bpm/864 ms

PR: 152 ms

QRS: 84 ms

Axes: 62/-39/44°

QT/QTcH: 412/427 ms

QTcB: 441 ms

QTcF: 431 ms

Rv5-6/Sv1: 0.653/0.543 mV

Sok-Lyon: 1.199 mV

Rythme sinusal

Bloc du faisceau antérieur gauche possible

ECG limite

DR. CHIBANE SARA
Cardiologue
II, Bd Kassem ZHIFI, résidence Noussair
1er étage, B.S Hay et Mata, El Jadida
Tél: 0523 80 27 70

