

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 à caractère personnel.

N° W21-792389

168785

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07703		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	Ref 2017
Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELLAH		ADDELIL AH	
Date de naissance : 01-01-1955			
Adresse : 1000 RUE RAM Route EL JADIDA LO 50 APP 111			
Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : 761,90 — Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 06-06-2023			
Nom et prénom du malade : SEKAKT RAJAE Age: 60			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Complément de dossier			
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 : 10/10/2023
Signature de l'adhérent(e) : El HOUARI ABDELLAH

Echouel



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

ENREGISTRE **2**

EN COURS DE TRAITEMENT **3**

REJET **2**

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
81333530	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	761,90	303,33	46,90	350,23
81333593	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	522,70	135,89	8,63	144,52

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger



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 faussé 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 و طابع التعاtractive
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

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 المشترارة وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملاجات والوثائق الثبوتية إلى التعاtractive التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغف والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

SEKKAT RAJAE

266711

932684448

C352279

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 400 Résidence le palmier App 111
Route Al Jadida Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 761190 Dhs

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE

Date de naissance :

30.08.1963

N° CIN :

C352279

Sexe : ♂

أنثى X ♂

Identification du médecin traitant

N° INP

091069393

Type de soins

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis * :	Oui	Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :		
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement :		
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :		
		Date d'accident :		
		Causes :		

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca le : 06/06/2023	Fait à : Guelmim le : 06/06/2023
توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الضابطة Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Centre Général Dr Brahim Roudani

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

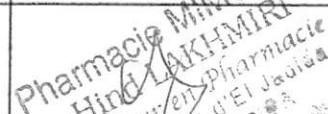
اشطب الخانة

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة
es exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليدي Date d'exécution	العن المفوتر Prix facturé	توقيع و ملئ الصيادي أو مومن التجييزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٣/٠٦/٢٠٢٣	٩٦١,٩٥	 Pharmacie MAMOUN Hind LAKHMI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jadida CASABLANCA Tel: 02.35.35.35.35

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی المساعدین عمليات

Docteur Zineb GUESSOUS

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

SPECIALISTE

Maladies de la peau - du cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

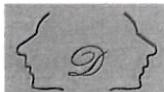
Esthétique, Cosmétologie

Diplôme de Cancerologie Cutanée

Diplôme de Diététique Médicale et Diabetologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MEDICALE



الدكتورة زينب جسوس

خريجة كلية الطب بمونبولي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le 6/6/2023 الدار البيضاء، في

SEK KAT

Rajae

Fiche d'honoraires

Conseilisation

300 درهم

Deux cours

600 درهم

500 درهم

Dr. Zineb GUESSOUS

Dermatologie Cosmétologie

Centre Commercial Nadia - Casablanca

Bd Brahim Roudani - Casablanca

Tel. 05 22 98 17 95 / Fax: 05 22 95 17 95

المركز التجاري نادية - شارع إبراهيم الروانى (سابقا طريق الجديدة) - عماره 2 رقم 4 الطابق الأول - مل اموي: يوسمور - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 98 17 96 - 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - الفاكس:

Centre Commercial Nadia - BD.Brahim Roudani (Ex route El Jadida) - Imm. 2 n° 4, 1er étage - Tram : station Beauséjour - Casablanca

Tél: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

E-mail : drzinebguessous@gmail.com

Docteur Zineb GUESSOUS

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

SPECIALISTE

Maladies de la peau - du cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Esthétique, Cosmétologie

Diplôme de Cancerologie Cutanée

Diplôme de Diététique Médicale et Diabétologie

Diplôme de Laser.

HYPNOSE MÉDICALE



الدكتورة زينب جسوس

خريجة كلية الطب بمونبولي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر والأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

الدار البيضاء، في

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

Us

LOT: 08222031
PER: 12/2027
PPV: 49,00 DH

Flacon de 30 g

MYCODERME® 1%
Poudre dermique

Flacon de 30 g



- Rés

R 29,90

- Nouve 150mg

R 49,00

- Mycoderne poud

R 140,00

- Oedes 20mg

R 261,90

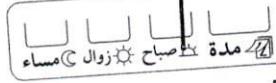
OEDES 20mg

56 gélules



56 x

في برشمات



LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

Dr. Zineb GUESSOUS

Dermatologie - Cosmétologie

Centre Commercial Nadia - IMM 2

BD. Brahim Roudani - Casablanca

Tel: 05 22 98 17 95 - Fax: 05 22 98 17 96

Pharmacie Hind
400, Route de Casablanca
Tél: 05 22 98 17 96

المركز التجاري نادية - شارع ابراهيم الروابي (سابقا طريق الجديدة) - عمارة 4 الطابق الأول - طارموي: بوسجور - الدار البيضاء

الهاتف: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - الفاكس: 05 22 98 17 96

Centre Commercial Nadia - BD. Brahim Roudani (Ex route El Jadida) - Imm. 2 n° 4, 1er étage - Tram : station Beauséjour - Casablanca

Tél: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

E-mail : drzinebguessous@gmail.com



MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 81333530 Date et heure : 07/06/2023 12:14

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 761,90 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :