

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

194061

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030711

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADJI Hadjat

Date de naissance : 1995

Adresse : 53 Ikhalad Akil Ras Dan Nakent

Boulogne Casablanca

Tél. : 0668 37 63 80

Total des frais engagés : 1000,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa

Le : 22/01

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PR4FR05/V2/20-10-2023

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 68 37 63 20 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **BENHACHEM EL HARROUNI** Nom et prénom:

رقم الانخراط: **11101814** N° Affiliation:

رقم التسجيل: **1469 10461019** N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **18 13189444** N° CIN:

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

العنوان: **58 Nakhal Akel Des Dan Nakhal** Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **1000,00** Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: **1000,00** Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: **BENHACHEM EL HARROUNI** Nom et prénom:

تاريخ الميلاد: **11/10/1981** Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **18 13189444** N° CIN:

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج: **18 13189444** N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

Type de soins

نوع العلاجات

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

تاريخ الحمل: **11/10/1981** Date de grossesse:

التاريخ المرتقب للمولادة: **11/10/1981** Date prévue d'accouchement:

تاريخ الاستشفاء: **11/10/1981** Date d'hospitalisation:

تاريخ الحادث: **11/10/1981** Date d'accident:

أسباب الحادث: **11/10/1981** Causes:

حرر ب: **11/10/1981** Fait à:

في: **11/10/1981** Le:

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

أشهاد بصحة وضحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent: **11/10/1981**

تاريخ الإيداع: **11/10/1981** Date de dépôt du dossier:

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

[illegible]

عمليات الإحياء الأشعة والمصور

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
26/10/23	BCH0				
	COEUR				
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					
INP: <input type="text"/>					

عمليات المساعدين الطبيين

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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



Date d'édition : 04/01/2024 11:36:42

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
CASABLANCA EL HANK
20050

Accusé de Réception



N° de Dossier : 85161189 Date et heure : 04/01/2024 11:35
Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur en Dirhams : 1 000,00 Nombre de pièces : 1
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire

Chirurgie Endovasculaire

Phlébologie (VARICES)

Traitement par laser & Radio fréquence



فؤاد الوردي

أخصائي أمراض القلب و الأوعية الدموية

جراحة القلب و الشرايين

و الشرايين

(الدوالي)

و الموجات الصوتية

26/12/20

FACTURE N° 6567

ECHO COEUR Mme. BENHACHEM EL HARROUNI LA

Prix : 1000 Dhs

الطبيب فؤاد الوردي
Dr Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio Vasculaire
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur N° 305
Tél: 0522 86 54 50

Abdelmoumen Centre : Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3^{ème} Etage, Bur 305 -

Tél : 0522 86 54 50 - 0661 20 27 70 - URGENCES : 0661 19 01 66

E-mail : elouardif@yahoo.fr - www.varices-casablanca.ma

Compte rendu d'Echocoeur transthoracique

Ao: 30 mm
OG: 53 mm

SIV: 14 mm
PP: 13mm

VG: 55/ 34
FR: 33 %


FE: 52 %

- VG non dilaté, HVG ++, pas de trouble de la cinétique segmentaire e ni globale, bonne fonction systolique du VG ; FEVG : 52 % en Teicholtz.
Bon fonctionnement de la prothèse Mécanique en position aortique
Gr moy à 10 mmhg
IAO MINIME
- Valves mitrales épaissies remaniés
 - o Pas de RM
 - o Fuite mitrale minime
- OG peu dilatée, SOG : 23cm² semble libre d'échos en ETT
- Cavités droites non dilatées ; IT grade I
- Bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée et compliant
- Pas d'épanchement péricardique
- Aorte thoracique de dimensions normales dans ses segments visualises
- PAPS à 25 mmhg

Au total :

Bon fonctionnement de la prothèse Mécanique aortique.

- o Bonne fonction systolique du VG. HVG
- o OG peu dilatée.
- o IT grade I ; pas d'HTAP


Dr. B. ELHARROUNI
Médecin Généraliste
N° 305
0522 86 31 11

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 4

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	08/01/2024	Virement	-	551,00	480,20	17,60	497,80
1	-	14/12/2023	Virement	-	141,20	70,40	17,60	88,00
1	-	31/10/2023	Virement	-	603,80	175,79	53,91	229,70
2	-	05/10/2023	Virement	-	1 056,30	590,16	42,24	632,40
82433778	10/08/2023	Payé en : 56 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	336,10	214,86	33,44	248,30
	10/08/2023	Payé en : 56 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	720,20	375,30	8,80	384,10
2	-	28/06/2023	Virement	-	2 441,60	1 457,75	214,55	1 672,30
81076940	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	70,60	35,20	8,80	44,00
	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	2 371,00	1 422,55	205,75	1 628,30
1	-	12/06/2023	Virement	-	612,80	387,51	106,49	494,00
2	-	02/05/2023	Virement	-	5 106,10	1 452,00	290,00	1 742,00
2	-	04/04/2023	Virement	-	2 293,30	1 555,00	225,70	1 780,70
79491843	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	589,00	345,30	95,70	441,00
	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 704,30	1 209,70	130,00	1 339,70



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 4

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	2 119,40	1 191,30	212,80	1 404,10
85161189	04/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 000,00	520,00	130,00	650,00
85213418	08/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	370,60	155,20	38,80	194,00
85455423	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	607,60	445,70	26,40	472,10
85455461	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	141,20	70,40	17,60	88,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆☆