

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.

M23-001915

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre : 201541
 Nom & Prénom : EL MOUSTI RACHID
 Date de naissance : 26-06-49
 Adresse : cité AITADAMOUNE Rue 3, 106, OULFA
 CASABLANCA
 Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : 579,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CHOPS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN Amina Age: 58

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :



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

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

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
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adionction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 والتوفيق عليها. فارقاها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، الخ...).

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات رقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوفيقهم وختامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعرفة الوطنية المرجعية.

يجب ارisan أو زيداع من المرض لدى مصالح التأمينية التي تنتهي إليها خلال الشهرين المأولين إداريا إجراء أول على طبي إلا في حالة العلاج المستثنى حيث يتم احتساب أقل 60 يوماً ابتداء من تاريخ أنتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وترحيل المبالغ المقووسة غير حق دون الاحوال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه عيش أو تصريح كاذب للستندة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للفرد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتأمينية.

بالنسبة للتأمين الإجاري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إيداع ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل من ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

Tarifage l'événement:

Date de dépôt du dossier:

N° du Tél (optionnel):

Parce réservée à l'assuré(e)

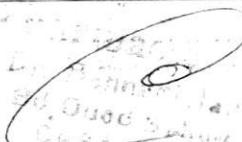
Numéro de téléphone (optionnel):

Numéro de téléphone (

Description des actes effectués

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
٢٩/١٠/٢٠٢٤	٢٩٥٠	
	INP : 	
	INP : 	
	INP : 	

— 2 —

Chapitre 1 : Accès de Biologie, Radiologie et Imagerie

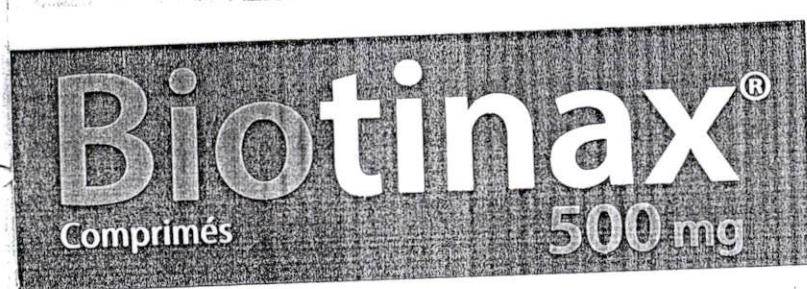
INP: 199306191149

INP:

INP:

Actes Paramédicaux

INP:



30 comprimés
Voie orale

Thérapharm
LABORATOIRES

PROPRIÉTÉS ET UTILISATIONS : Biotinax® 500 mg comprimés est à base d'extraits de plantes concentrés en actifs naturels dont la synergie aide à procurer un confort respiratoire.
CONSEILS D'UTILISATION : 1 comprimé 3 fois par jour, avec un grand verre d'eau.
Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament.

Fabriqué par Pharmalife Research Garbagnate Monastero (LCI) - Italie.
Importé et distribué au Maroc par Thérapharm 100, rue Annakhal 20370 Casablanca
Autorisation du Ministère de la santé n° : DA20202010599DMP/20UCA/V1
30 Comprimés de 850mg 25,5 g

Pharmalife
RESEARCH

210965
A consommer de
préférence avant le :
01/2025
PPC : 99,50 DH

06PC 21/0977
A consommer de
préférence avant le :
01/2025
PPC : 99,50 DH



MME BENJALLOUN AMINA

ET ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OUILFA

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

86201447

Date et heure : 26/02/2024 10:51

Nom et prénom Assuré :

BENJALLOUN AMINA

Immatriculation :

93230532 / 090018037

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENJALLOUN AMINA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SAISINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90129

Valeur en Dirhams :

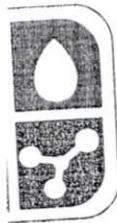
579,50

Nombre de pièces : 6

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE244

Nom Etablissement :



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهيدية للتحاليل الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Fichier ouvert le : 01/02/24

Prélèvement effectué à 14:38

édition du : 01/02/24

Madame BENJALLOUN AMINA

Date de naissance : 01/03/1956

Réf : 24B44

Page : 1 / 1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE
(Roche Integra 400+)

Normales

Antériorités

Troponine I High Sensitive : <1.5 ng/l

(Méthode ELFA - Vidas Biomérieux)

À T0 :

- Exclusion d'IDM si Troponine HS < 2 ng/l (VPN 99,9%)
- Inclusion d'IDM si Troponine HS > 100 ng/l (VPP 76%)
- Zone de suspicion si Troponine HS > 2 et < 100 ng/l ; dans ce cas refaire le dosage après 2Heures
- si Delta T2-T0 > 10 ng/l : Inclusion d'IDM (VPP 74,5%)

Protéine C réactive : 2,3 mg/l

(Dosage turbidimétrique- Roche Diagnostics Cobas)

< 6

07/08/23

LABORATOIRE CHAHDIA
D'ANALYSES MÉDICALES
Dr J.L. KHALLOUK
Médecin Biologiste
349 Bd. Oued Daoura 1er Etage Lot Chahdia
Casablanca Tél. 05 22 93 33 44



Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

مختبر الشهدية للتحاليل الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES
Institut de Médecine de Casablanca, 1er étage, Bâtiment Rochd - Casablanca

المختبرة جيهان خلوق

Dr J.L. KHALLOUK/ Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL. 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com
INPE: 093062149 / ICI: 00171811200062 / IF: 18800233

Casablanca le 1 février 2024

Madame BENJALLOUN AMINA

FACTURE N° 249

Analyses :

Troponine	B	250	
Protéine C réactive	B	100	Total : B 350

Prélèvements :

Sang	Pc	1,5
------	----	-----

TOTAL DOSSIER	450,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Cinquante Dirhams

DR. J. L. KHALLOUK
ANALYSES MEDICALES
CHAHDIA
Institut de Médecine de Casablanca



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant création 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

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
- 2	-	03/04/2024	Virement	-	2 862,20	1	406,70	2
		26/02/2024	Payé en : 37 jours	BENJALLOUN AMINA	579,50	308,00	77,00	385,00
		26/02/2024	Payé en : 37 jours	BENJALLOUN AMINA	2 282,70	1	329,70	1
■ 2	-	27/03/2024	Virement	-	1 905,30	1	200,37	1
■ 3	-	15/12/2023	Virement	-	3 481,80	2	101,23	2
■ 2	-	01/11/2023	Virement	-	4 286,10	2	638,66	3
					703,88			342,54