RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

RAS : 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

N° P19- 0026134

N° D: 11580

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 742 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Chratbi Latifa

Date de naissance : 20/10/1947

Adresse : Résidence 2 Hars Av. 2 Hars N° 102, quatier des hopitaux - CASA

Tél. : 0661806768 Total des frais engagés : 3300 Dhs

MUPRAS 09 DEC. 2019 ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..../..../....

Nom et prénom du malade : Ibn Zidoun Al- Age: 75 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Alzaimer

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 : CASA **Le :** 9/12/2019

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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 suivant la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

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

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :.....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

CNOPS

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)**

Nom et prénom : TBAZIDOUN ALI ..... الإسم العائلي و الشخصي :

N° Affiliation : 207022 رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : 4438483A رقم التسجيل :

N° CIN : B 378249 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* — علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*

Conjoint X زوج Enfant ابن

Adresse : 102 BD 2 MARS EIG 4 APT 13 Quartier Les Palmiers CASA - ANFA ..... العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 3300 DH ..... مبلغ المصاريف(درهم) :

Nombre de pièces jointes : 4 ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant — **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins — المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BNZIDOUN Ali ..... الإسم العائلي و الشخصي :

Date de naissance : 01 01 44 تاريخ الإزدياد :

N° CIN : B 378249 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى الجنس*:

Identification du médecin traitant — **تعريف الطبيب المعالج**

N° INP 091016403 الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

Type de soins — نوع العلاجات

Maladie * مرض * | Pli confidentiel remis* : Oui Non : تم تقديم الظرف المغلق *

Maternité * أمومة * | Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Hospitalisation* استشفاء* | Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :

Date d'accident : تاريخ الحادث :

Accident * حادث* | Causes : ..... أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : ..... حرر بـ :
le : ..... في :
توقيع المؤمن له(لها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casa حرر بـ :
le : 09/09/2019 في :
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- 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**

description des actes effectués — وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
09.09.19	C3			300 DH	

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
Description des ordonnances exécutées et 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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie — عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
11/9/19	Ekg cerebro			300,-	

INPE: 091032797

Actes Paramédicaux — 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

(/portailapps/www/index.php/assures/authdecoinnect) Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu

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 1 | 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	-	07/11/2019	E-Mandat	-	3 449,00	1 968,00	247,00	2 215,00
58928672	16/10/2019	Payé en : 22 jours		IBN ZIDOUN ALI	3 449,00	1 968,00	247,00	2 215,00
1	-	27/03/2019	E-Mandat	-	2 764,40	1 895,80	35,20	1 931,00
1	-	25/03/2019	E-Mandat	-	417,00	264,00	66,00	330,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr) ☆☆☆☆☆

Assurés | Producteurs de soins | Employeurs | Plan du site

البريد بنك
AL BARID BANK
مجموعة بريد المغرب

Le, 05/11/2019

IBN ZIDOUN ALI
NO 102 BD 2 MARS
CASABLANCA 20100

Objet: Avis de notification d'un mandat.

MR (MME),

Nous vous informons qu'un mandat au titre du remboursement des frais d'assurance maladie est à votre disposition pour le paiement dans l'agence Poste Maroc de votre choix.
Ses caractéristiques sont les suivantes :

- N° d'émission du mandat : 00159068
- N° d'Affiliation : 441384831
- Date d'émission mandat : 07/11/2019
- Montant engagé : 3449,00
- Montant remboursé : 2207,30
- Expéditeur : OMFAM-CMB B.P 9010 CASA
- Date de fin de validité : 07/01/2020

Date et signature

Timbre de l'agence de paiement

P2755-051119-014007

080 200 32 32

www.albaridbank.ma

CENTRE IRM MAARIF

Dr. BERRADA M.
Radiologue

Dr BENYAHIA Z.
Radiologue

Domiciliation bancaire : Compte N 022 780 000 162 000 500114274 SGMB Agence Palmiers-Maarif
Patente : 34770967 I.F 1087675 ICE :001744959000074

Casablanca, le 11/09/2019

N/Ref :Facture N° FA2253/19

Nom & Prénom : **MR IBNZIDOUN ALI**
Date d'examen :11/09/2019

Examen(s)	
IRM CEREBRALE	
Montant TOTAL	3000 DH

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
TROIS MILLE DH

17, Rue Mohamed BAHI (es. Rue Meissonnier) en face du bureau de pointage des taxis-Maarif, Casablanca 20100 Tél : 0522257482/237934/253030, Fax : 0522237705

Casablanca, le

09/09/2019

IBNZIDOUN Ali

IRM CEREBRALE AVEC
COUPES CORONAL/ ETUDES
DES REGION HYPOCAMPIQUES

Renseignements cliniques

TROUBLE MNESIQUES

Dr. BENYAHIA Zakaria
C.E.S de Radiologie

Dr. ERRADA Mohamed
C.E.S de Radiologie

- I.R.M. (1,5 Tesla)
- SCANNER VCT (64 Barettes)
  Angioscanner
  Coroscanner
  coloscanner
  Denta-Scanner
- SCANNER CORPS ENTIER
- DENSITOMETRIE BIPHOTONIQUE
- RADIOLOGIE NUMERIQUE
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE
- PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE
- ECHO-DOPPLER COULEUR

Mohamed BAHI
Rue Meissonier)
face du bureau de pointage
taxis - Maârif
00 Casablanca
logie du Maârif :
05.22.25.74.82
05.22.25.30.30
05.22.23.79.34
Fax : 05.22.23.77.05
E : 001745076000019
IRM du Maârif :
5.22.23.23.12
5.22.99.30.31
22.25.38.73
rif@hotmail.fr
001744959000074
:34770967

عيادة طبية للفحص بالأشعة
CABINET DE RADIOLOGIE DU MAARIF
IMAGERIE PAR RESONANCE MAGNETIQUE

Casablanca , le 11/09/2019

Mr. IBNZIDOUN ALI
DR AZIZ ALAOUI ELMOSTAPHA

EXAMEN : *IRM CEREBRALE*

Technique :

Antenne : *Tête.*

Séquences: * *Pondération T1, plan sagittal.*
* *Pondération T2,T2 FLAIR FS, T2 hémo, Diffusion, plan axial.*
* *Pondération T2 FS, plan coronal*

Produit de contraste : *Sans*

Description :

- *Pas de foyer hémorragique cérébral ou méningé.*
- *Pad d'anomalie de signal du parenchyme cérébral.*
- *Elargissement des sillons corticaux, des vallées sylviennes et des ventricule latéraux en faveur d'une atrophie cortico-sous corticale.*
- *Les structures médianes sont en place.*
- *Pas d'anomalie de la base du crâne.*
- *La séquence la séquence de diffusion ne montre aucun foyer d'hypersignal.*
- *La séquence des hippocampes montre une atrophie, mesurée et évaluée à grade II de l'échelle* ***Scheltens****.*

CONCLUSION :

**** ASPECT IRM EVOQUANT UNE ATROPHIE CORTICO-SOUS CORTICALE ASSOCIEE A UNE ATROPHIE HIPPOCAMPIQUE BILATERALE CLASSEE II SUR L'ECHELLE DE SCHELTENS.***

Dr. BENYAHIA Z.

Avec mes amicales salutations.