

# 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 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.

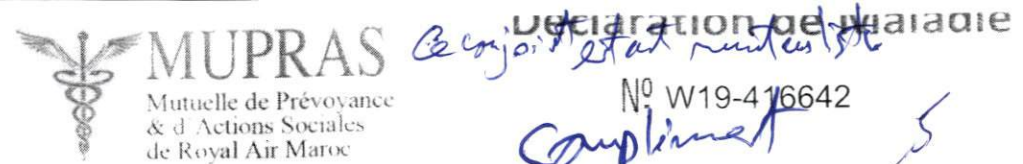
## Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 3 mois.

## Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 caractère personnel.



☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1480 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELMOUSTI RACHID

Date de naissance : 26-06-1949

Adresse : cde ATTADAMOUHE Rue 2 ne 6- OULFA, CASABLANCA.

Tél. 0663875063 Total des frais engagés : 816,80

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Complément CNOPS

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : BANSALOU Amina Age 62

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

Nature de la maladie :

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. J'ai  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Signature de l'adhérent (e) :

Signature du médecin (e) :

03 OCT 2019  
ACCUEIL

[illegible][illegible][illegible][illegible]

VOLET ADHERENT

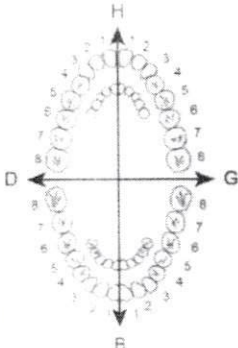
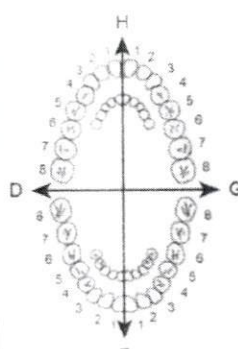
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
<b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b> 	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	B																	
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	<b>[Creation, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan**

INP : \_\_\_\_\_

FIN  
D'EXECUTION

MONTANTS  
DES SOINSDATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXI



عذليات الإحياء، الأشعة و العصور

CIM - 10

Dr. BENJELLOUN JAOUAD  
Réparation lunette du Dormant  
Médecine Générale  
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE - Casa  
304, Av. Oued saïbou Oulfa -  
22 90 18 96 / Fax: 22 90 90 84

جدة الوصفات التي تم تنفيذها والمجهيزات الطبية الممولة

medicaux fo

INPE: 092055433

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	محامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المحامل Valeur Clé	المبلغ المدفوتر Montant facturé	توقيع و ضابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>٤</span> <span>012 : 00000000000000000000</span> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>٥</span> <span>012 : 00000000000000000000</span> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>٦</span> <span>012 : 00000000000000000000</span> </div>					

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

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التضامنية التي تفتتحون 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التغطية الوطنية المرجعية.

الأضرار الناجمة من حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

CNOPS

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amima

N° Affiliation : 153844

N° Immatriculation : 932235532

N° CIN : A78767

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint / زوج / Enfant / ابن

Adresse : Cité Tadamène rue n° 6 Azhar

EPouffa CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 816,80

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BENJALLOUN Amima

Nom et prénom : BENJALLOUN Amima

Date de naissance : 04/3/56

N° CIN : A78767

Sexe : M / ذكر / F / أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 092082954

Type de soins : Maladie / مرض / Maternité / أمومة / Hospitalisation / استشفاء / Accident / حادث

Plu confidentiel remis : Oui / Non

Date de grossesse : .....

Date prévue d'accouchement : .....

Date d'hospitalisation : .....

Date d'accident : .....

Causes : .....

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

Fait à : CASABLANCA

le : 27/11/2019

Signature de l'assuré(e) : .....

Signature du médecin traitant : .....

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

طابع الترخيص  
Association Marocaine  
Rég. ANAM 1.1.01.01  
مراجعه رقم

Cache et signature de la mutuelle	أربع طابع التضامنية
Identification de l'agent	
Date de dépôt du dossier	

أشود بصحة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus exactes et vérifiées.  
Fait à : Casablanca  
le : 19.07.2019  
Signature du médecin traitant : .....

HOMEOPATHIE - ECHOUFA  
304, Av. Oued Sebou Oufia  
Tel: 05



# Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé  
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon  
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE  
- MEDECINE GENERALE -

C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels  
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires  
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.

Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun.jaouad@hotmail.com

Pharmacie TAM

Dr. Benjelloun Jaouad

302, Bd Oued Sebou - Oulfa

CASABLANCA

Tél : 0522 90 18 96

Casablanca, le

## الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا  
دبلوم الطب التجانسي و الاكوغرافيا بفرنسا  
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية  
- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين  
طبيب مستشار لشركات التأمين

شارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء

الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84

E-mail : benjelloun.jaouad@hotmail.com

25.07.2019

Benjelloun Amina

39,00  
① Odes 20mg : 1 gelule / j x 30j

60,00  
② A2 500mg : 1 g/j x 1j

63,20  
③ Zink 10mg : 1 cp / j

69,20  
④ Flixonase 50mg : 2 x 1 pulvérisation / j

27,80  
⑤ Aspirin 100mg : 1 drôle / j (30j)

356,80

Dr BENJELLOUN JAOUAD  
Réparation Juridique du Dommage Corporel  
Médicine  
HOMEOPATHIE  
304, Av Oued Sebou - Oulfa  
Tél : 05 22 90 18 96 / Fax : 05 22 90 90 84

RESPECTER LES DOSES  
PRÉSCRITES

FLIXONASE® 50 microgrammes

ID : 612238  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 69,20 DH  
6 118001 141678

OEDES 20mg  
28 gélules

6 118001 100088

AZ\* 500 mg  
Azithromycine  
Boîte de 3 comprimés  
PPV : 60,00 DH  
6 118000 190097

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT : 8MA022  
PER : 02 2020

P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT : 8MA022  
PER : 02 2020

P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

ASPEGIC 100MG  
SACHETS B20  
LOT : 9MA023  
PER : 07 2020

P.P.V : 21DH80  
6 118000 061113

AMM N° 356/14 DMP/21

Zyrtec® 10mg

15 comprimés pelliculés sécables

6 118000 020158



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 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
- 2	-	23/09/2019	Virement	-	2 052,70	834,15	126,72	960,87
58031484	19/08/2019	Payé en : 35 jours		BENJALLOUN AMINA	816,80	526,15	113,52	639,67
58031489	19/08/2019	Payé en : 35 jours		BENJALLOUN AMINA	1 235,90	308,00	13,20	321,20
≡ 1	-	03/06/2019	Virement	-	333,10	258,17	21,80	279,97
≡ 2	-	29/05/2019	Virement	-	5 466,90	1 138,09	12,99	1 151,08
≡ 1	-	23/05/2019	Virement	-	1 275,70	797,20	124,05	921,25
≡ 1	-	08/04/2019	Virement	-	3 250,00	1 800,00	360,00	2 160,00
≡ 2	-	25/02/2019	Virement	-	2 222,20	516,80	18,20	535,00
≡ 2	-	28/01/2019	Virement	-	1 893,20	821,28	149,66	970,94

Royaume du Maroc



MME AMINA BENJALLOUN  
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ  
OULFA  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000058031484

Accusé de Réception

N° Réception : 58031484  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENJALLOUN AMINA  
Immatriculation : 93230532 / 090018027  
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENJALLOUN AMINA  
Rang Bénéficiaire : 01  
Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 19/08/2019 9:32  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90141  
Valeur du dossier : 816,80  
Nombre de pièces : 12  
Code Agent : 9MGE188

Code Etablissement :  
Etablissement :



## Dr. BENJELLOUN JAOUAD

Ancien Médecin - Chef de Centres de Santé  
Diplômé en Homeopathie de L'Institut Boiron de Lyon  
Lauréat de L'Université de Montpellier en ECHOGRAPHIE  
- MEDECINE GENERALE -  
C.E.S d'Expertise Médicale et de Réparation des Dommages Corporels  
Membre fondateur du Collège National des Médecins Gestionnaires  
Médecin-conseil de Compagnies d'Assurance

304, Avenue Oued Sebou, Hay Oulfa. 1er étage - Casablanca.  
Tél : (0522) 90.18.96 - Fax : (0522) 90.90.84  
E-mail : benjelloun\_jaouad@hotmail.com

## الدكتور بنجلون جواد

طبيب رئيسي للمركز الصحي سابقا  
دبلوم الطب التجانسي و الاكوغرافيا بفرنسا  
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الجسدية  
- الطب العام -  
عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء الممارسين  
طبيب مستشار لشركات التأمين

شارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء  
الهاتف : (0522) 90.18.96 - فاكس : (0522) 90.90.84  
E-mail : benjelloun\_jaouad@hotmail.com

Casablanca , le 22. 07. 19

Mme Benjelloun Amira

- NFS + Plaquette  
- Cholesterol total  
- " HDL  
- " LDL  
- Triglycérides

DR BENJELLOUN JAOUAD  
Réparation Juridique du Dommage Corporel  
Médecine Générale  
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE  
304, Av Oued Sebou Oulfa - Casa  
Tél : 05 22 90 18 96 / 05 22 90 90 84

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

78, Rue d'Alger - CASABLANCA

Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39 . Fax : 0522 29 64 86

I.F 40 30 32 50

ICE 001656516000089 INPE: 093001246



T P : 35 504 101 - CNSS : 1121946 - R.C. : 187112 01

Casablanca le 23 juillet 2019

Madame BENJELLOUN AMINA

FACTURE N°	297391
------------	--------

## Analyses :

Hémato : Numération formule plaquettes -----	B	80	
Chimie : Cholestérol total -----	B	30	
Chimie : Cholestérol HDL+LDL -----	B	80	
Chimie : Triglycérides -----	B	60	Total : B 250

## Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER	360,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE TAZI  
ZI Mohamed  
BIOLOGISTE  
78, Rue d'Alger - Casablanca  
Tél. : 0522 27 28 08 - 27 53 88 - 27 52 39  
Fax : 0522 29 64 86



TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

ASPI

CERTIFICAT MA-2016-2017

QUALITE

www.aspi-qualite.fr

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE, HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Madame BENJELLOUN AMINA

Réf. : 19G1180

Examen du 23/07/19 - Edité le 23/07/19

Page : 1/2

ANALYSES	RESULTATS	UNITES	NORMALES	ANTECEDENTS
----------	-----------	--------	----------	-------------

## NUMERATION SANGUINE (AUTOMATE SYSMEX XT-4000i)

25/12/2017

HEMATIES -----	4,28	10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4,2 - 5,2	4,29
HEMOGLOBINE -----	13,6	g/100 ml	12 - 16	13,9
HEMATOCRITE -----	42,7	%	38 - 47	41,4
- VGM -----	100 ✓	μ <sup>3</sup>	80 - 95	97
- TGMH -----	32	pg	27 - 33	32
- CGMH -----	32	g/100 ml	30 - 35	34

LEUCOCYTES -----	7 200	/mm <sup>3</sup>	4000 - 10000	5100
------------------	-------	------------------	--------------	------

## FORMULE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES -----	54	%	50 - 70	49
ou		3 888 /mm <sup>3</sup>	2000 - 7500	2499
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES -----	3	%	1 - 3	3
ou		216 /mm <sup>3</sup>		153
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES -----	0	%	< 1	0
ou		0 /mm <sup>3</sup>		0
LYMPHOCYTES -----	31	%	20 - 40	35
ou		2 232 /mm <sup>3</sup>	800 - 4000	1785
MONOCYTES -----	12	%	2 - 10	13
ou		864 /mm <sup>3</sup>		663

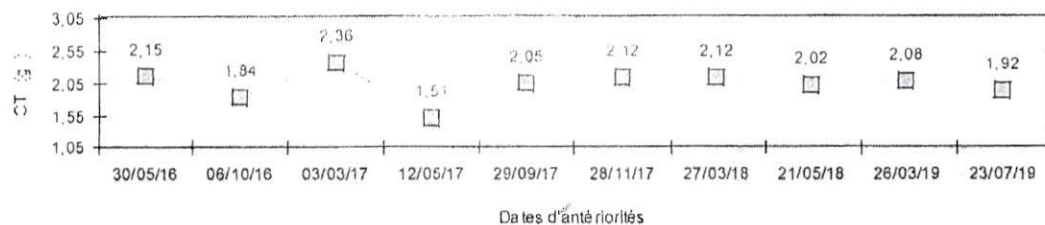
PLAQUETTES -----	252 000	/mm <sup>3</sup>	150000 - 400000	239000
------------------	---------	------------------	-----------------	--------

OBSERVATIONS ----- Macrocytose

## BIOCHIMIE (AUTOMATE ROCHE COBAS 6000)

26/03/2019

CHOLESTEROL TOTAL -----	1,92	g/l	1,5 - 2	2,08
ou		4,95 mmol/l		



Dates d'antériorités





TAZI MOHAMED

مختبر التازي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

NF EN ISO 9001:2008

AFNOR CERTIFICAT MA-3019-XIV

QUALITE MEDICAL

www.afnor-qualite.com

TAZI KARIM

PHARMACIENS... DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
BIOLOGIE BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Madame BENJELLOUN AMINA

Réf. : 19G1180

Examen du 23/07/19 - Edité le 23/07/19

Page : 2/2

ANALYSES	RESULTATS	UNITES	NORMALES	ANTECEDENTS
CHOLESTEROL HDL -----	0,53	g/l	> 0,4	21/05/2018 0,53
ou		1,37 mmol/l		
CHOLESTEROL LDL -----	1,16	g/l		1,31
ou		2,99 mmol/l		
TRIGLYCERIDES -----	1,17	g/l	0,35 - 1,35	26/03/2019 1,04
ou		1,34 mmol/l		

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Karim  
BIOLOGISTE  
78 Rue d'Alger - Casablanca  
Tél: 0522 27 28 08 - Fax: 0522 29 64 86