

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

biologie 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.

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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044450

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

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 : C/le ATTADAMOUNE RUE 2 NE 6 OULFA CASABLANCA

Tél. : 0663875063 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément
CNOBS

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BENJALLOUN AMINA Age : 01.03.56

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 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

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ 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	

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> 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

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 المشتدرة وأدمنتها بالوصفات المدرسة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن 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 لمنظمت الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعااضدية
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :</p>	

CNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 153844

رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 938230538

رقم التسجيل :

N° CIN : A78767

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له*

Conjoint / زوج / Enfant / ابن

Adresse : Cité Tadamone, rue n°6 Azhari

العنوان :

EPoula CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 1498,70

مبلغ انصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 10 dix

عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins :

المستفيد من العلاجات :

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 01/3/56

تاريخ الميلاد :

N° CIN : A78767

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M

ذكر / F X أنثى

الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091022954

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* : ☐ مرض

☐ مرض

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

تم تقديم الظرف المخلق* :

Maternité* : ☐ أمومة

☐ أمومة

Date de grossesse :

تاريخ الحمل :

Hospitalisation* : ☐ استشفاء

☐ استشفاء

Date prévue d'accouchement :

التاريخ المتوقع للولادة :

Accident* : ☐ حادث

☐ حادث

Date d'hospitalisation :

تاريخ الاستشفاء :

Date d'accident :

تاريخ الحادث :

Causes :

أسباب الحادث :

أشود بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA

le : 10/01/2020

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أشود بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 10/01/2020

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عيادته

Cachet et 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

يمنع سعا كليا بيع هذا المظبوط

وصف المآيات المعجرات

عمليات الإحياء: الأشعة و الحور

041142357

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والعقوبات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المدفوع Montant facturé	توقيع و ضابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Docteur Fatiha LASRI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex Médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam

Dr Bouchaïb EL MDARI
Médecin Radiologue

- Diplôme National de Spécialité
- Diplôme Inter-Universitaire de Spécialité - Nancy II
- Ex-Médecin attaché au CHU Ibn Rochd

- Scanner Spirale Corps Entier
- Dentascanner - Panoramique Dentaire
- Echographie Générale

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaires
- Radiologie Numérisée

- Ostéodensitométrie
- Mammographie Numérisée
- Radiographie Rachis Entier
- Radio - Photo

Casablanca , le 02/01/2020

PATIENT : BENJALLOUN AMINA
MEDECIN TRAITANT : DR. BENJELLOUN Jaouad
EXAMEN(S) REALISE(S) :

RX.POIGNET DROIT F/P + $\frac{3}{4}$ + incidence de scaphoïde droit :

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Absence de lésion ostéo articulaire d'allure traumatique.
- Parties molles œdématisées.

RX.CHEVILLE DROITE F/P:

- Déminéralisation osseuse avancée.
- Absence de lésion ostéo articulaire d'allure traumatique.
- Parties molles œdématisées.

Confraternellement

DR. LASRI FATIHA

I.S

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabiï - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax: 05 22 93 56 37

CENTRE DE RADIOLOGIE EL OULFA

Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II.

Ex médecin attaché des Hôpitaux de Londres & Amsterdam.

Docteur Bouchaib ELMDARI

Médecin Radiologue

Diplôme National de Spécialité.

Diplôme Inter-Universitaire spcialisé-Nancy II

Ex médecin attaché au CHU Ibn Rochd

Casablanca, le 02/01/2020

FACTURE N°00207/2020

NOM & PRENOM: BENJALLOUN AMINA

EXAMEN	MONTANT
RX. POIGNET DROIT F & P & 3/4 RX. INCIDENCE DE SCAPHOIDE DROIT RX. CHEVILLE DROITE F/P	900 DH
TOTAL	900 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :NEUF CENTS DH TTC

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oued Oum Rabii - Rue 50 N°2
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 93 04 93 - Fax 05 22 93 32 99

Bd. Oued Oum Rabii – Rue 50, N°2- Oulfa – 20220 Casablanca
Tél. : 0522 93 04 93 / 05 22 93 05 93 / 05 22 93 32 99 – Fax 0522 93 563Capital: 100 000, 00
Dhs - RC: SCP – TP: 37989156 – IF: 4049398 – ICE: 001581917000057
E-mail: radiologie-oulfa@.com

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 والاكوغرافيا 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

Casablanca, le 2. 01. 2020

Mme Benjalboun Amina

Ref. du poignet droit x 4

Lx de la cheville droite F + L.

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rabi - Rue 50 N° 2
Casablanca - 20200
Tél: 05 22 90 18 96 - Fax: 05 22 90 90 84

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

6 118001 030392

VOLTARENE® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA

No-Flam®
Tube de 100g

Crème chauffante
Décontracturante musculaire

Lot : FM1701
PVC : 74,40 Dh
Fab : 01/2017
Per : 12/2020

SYNTHEMEDIC
22 rue soubeir hnuu al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr OR
Boîte 14
641/50MP/21NRQ P.P.V.: 142,10 DH
6 118001 020607

Bonfix 150 mg
Acide ibandronique
AMM N° 670/15 DMP/21/NCN
6 118001 2/2051
PPV: 99,40 DH

MYANTALGIC® 20 comprimés pelliculés
PPV 30DH00 EXP 12/2020
LOT 86062 4

MYANTALGIC®
20 Comprimés 37,5 mg / 325 mg
Pelliculés
6 118000 033080

D3 NORM

uvables
ale

ET PRESENTATION :

buvables, flacon compte-gouttes de 30ml.

SITION :

soja, Antioxydant : Acétate de vitamine E liqui

ETES ET UTILISATIONS :

Substance D3 (cholécalciférol)

8 051128 632675
D3 NORM®
GOUTTES BUVABLES

Lot: D3 NORM Gouttes 30ml
A consomm PPC: 79,50 DH
avant le: Ut av: Lot:
Sept / 2022 190588
THERAPHARM

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 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

Casablanca , le

10.01.2020

Dr. Benjelloun Amin
Pharmacie TAM
Dr. Bennani Jaafar
02, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

142,10 Inexium 60 mg 1 cp 2 à 3 j

99,40 Bonfix 150 mg 1 cp par nuit à 3 j

93,30 Voltarene 75 mg 3ml : 12 ml/jx 2 j

74,40 No-flam 100 mg 2x 1 application/j

30,00 Myalgic 20 mg 2x 1 cp

9,50 D3 Norm 100 mg 2x 1 cp

446,70

Dr BENJELLOUN JAOUAD
Médecine Générale
Diplôme de l'Université de Montpellier
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE
304, Av Oued Sebou Oulfa - Casa
Tél: 0522 90 18 96 / Fax: 0522 90 90 84

Accueil > Application > Télécharger (APP)

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/accueil\)](#)

[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

ENREGISTRE 2

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	-	26/02/2020	Virement	-	1 486,70	363,90	58,50	422,40
60620642	23/01/2020	Payé en : 34 jours		BENJALLOUN AMINA	1 486,70	363,90	58,50	422,40
1	-	27/01/2020	Virement	-	1 062,30	692,30	82,00	774,30
1	-	28/10/2019	Virement	-	2 190,50	1 409,90	266,85	1 676,75
2	-	23/09/2019	Virement	-	2 052,70	834,15	126,72	960,87
1	-	03/06/2019	Virement	-	333,10	258,17	21,80	279,97

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

★★★★★

Royaume du Maroc



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

000060620642

Accusé de Réception

N° Réception : 60620642
(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 : 23/01/2020 11:05
Lieu de réception : CASA SIEGE 90138
Valeur du dossier : 1498,70
Nombre de pièces : 10
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :
Etablissement :