

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.

ologie 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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) **23913**

Matricule : **1480**

Société : **RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **ELMOUSTI RACHID**

Date de naissance : **26-06-1949**

Adresse : **ville ATTADAMOUNNE RUE 2 NE 6 OULFA
CASABLANCA**

Tél. : **0663875063** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Complément
CNOPS**

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 : **CASTELNAU**

05 MARS 2020

Signature de l'adhérent(e) : **ACCUEIL**

Le 25/03/2020

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d'explorations complémentaires.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

VISA ET SACHEZ DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXERCICE

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتراكية إلى التعاقدية التي تتضمن 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 يوماً) 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Tariх الإيداع :

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاقدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Tariх الإيداع :	

Ref. ANAM: 1.1.01.01
مرجع رقم: 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

153844

938230538

A78767

N° CIN :

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

Conjoint زوج / Enfant ابن

Adresse : 6 Tadameen, route 6, n° 6 Aghzari
El Guifa - CASABLANCA.

Montant des frais (Dhs) : 1498,70

Nombre de pièces jointes : 10 dix

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : BENJALLOUN Amina

01/3156

A78767

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

091028954

Type de soins

Maladie *

مرض *

Oui

Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date prévue d'accouchement :

Accident *

حادث *

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA

le : 10/01/2020

Toussaint Amina

Signature de l'assuré(e)

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

أصر بصدق على صحة المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Signature de l'agent de l'assurance et de l'établissement de soins

le : 10/01/2020

Toussaint Amina

Signature de l'agent de l'assurance et de l'établissement de soins

Annette

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع شرعاً كلباً بيع هذا المطبوع

Placing the names before the

صف المدحّيات المُجّرّات

فرد الوصفات التي تم تنفيذها و **التحفظات الطبية الممونة**

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	محامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المحامل Valeur Clé	المبلغ المدفوت Montant facturé	توقيع و ضابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : / / / / / 					
BNP : / / / / / 					
INP : / / / / / 					



Docteur Fatiha LASRI

Médecin Radiologue

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

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

Dr Bouchaïb EL MDARI

Médecin Radiologue

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

- Echographie-Doppler Couleur
- Echographie Ostéo Articulaire
- 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 + ¾ + 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

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

I.S

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

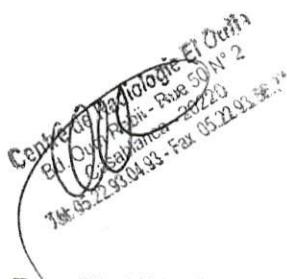
Casablanca, le 02/01/2020

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



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 93 563 Capital: 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 -
CES 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 والاوكوغرافيا بفرنسا
شهادة في الخبرة الطبية وتعويض الاضرار الحسدية

- الطب العام -

عضو مؤسس للجمعية الوطنية للأطباء المسيرين
طبيب مستشار لشركات التأمين
شارع وادي سبو، رقم 304، حي الألفة - الدار البيضاء
الهاتف : (0522) 90.90.84 - فاكس : (0522) 90.18.96
E-mail : benjelloun_jaouad@hotmail.com

Casablanca , le 2.01.2000

Dr. Benjelloun Amina

Rx. du poignet droit x 4

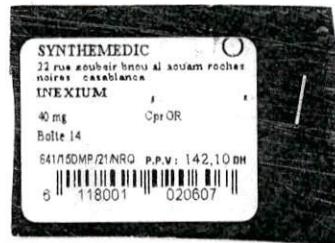
Rx de la cheville droite F + L

Centre de Radiologie El Oulfa
Bd. Oum Rassia - Rue 50 N° 21
Casablanca - 20220
Tél: 05 22 90 18 96 - Fax: 05 22 90 84

Dr. BENJELLOUN JAOUAD
Médecin Juridique du Dommage Corporel
HOMEOPATHIE - ECHOGRAPHIE
304, Av Oued Sebou Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 90 18 96 - Fax: 05 22 90 90 84

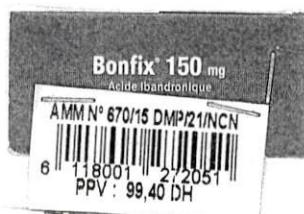


VOLTAREN® 75 mg/3 ml
Solution injectable Boîte de 2.
PPV: 23,30 DH 46117134 MA



Crème chauffante
Décontracturante musculaire

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



D3 NORM
GOUTTES BUVABLES

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

ET PRESENTATION :

buvables, flacon compte-gouttes de 30ml.

SITUATION :

soja, Antioxydant : Acétate de vitamine E liquide

EFFETS ET UTILISATIONS :

vitamine D3 (cholécalciférol)

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 -

CES 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 والاوكوغرافيا 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 10.01.2005

Dr Benjelloun Amina TAM
Pharmacie TAM
Dr. Benjelloun Jaafar
82, Bd Oued Sebou - Oulfa
CASABLANCA
Tél: 0522 90 18 99

142,10 Inexilium 60 mg TAM S.V. 1 -cp à Jean

99,40 Bonfix 150 mg TAM S.V. 1 -cp par matin à Jean

93,30 Voltaren 25 mg TAM S.V. 3ml : 12ml/j x 2j

74,40 No-Plan 100mg TAM S.V. 2x1 applicateur/j

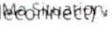
30,00 M. antalgic 20 mg TAM S.V. 2x 1 g/j

91,50 D3 Norm 10g travail TAM S.V.

145,70

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

Accueil > Application > Dossiers app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Mutuelle)  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																																																															
<p>💡 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.</p> <table border="1"><thead><tr><th>Nb.Dossier(s)</th><th>Date de réception</th><th>Date Paiement</th><th>Mode Paiement</th><th>Bénéficiaire</th><th>Frais engagés</th><th>AMO</th><th>Mutuelle</th><th>Total</th></tr></thead><tbody><tr><td>- 1</td><td>-</td><td>26/02/2020</td><td>Virement</td><td>-</td><td>1 486,70</td><td>363,90</td><td>58,50</td><td>422,40</td></tr><tr><td>60620642</td><td>23/01/2020</td><td>Payé en : 34 jours</td><td></td><td>BENJALLOUN AMINA</td><td>1 486,70</td><td>363,90</td><td>58,50</td><td>422,40</td></tr><tr><td>1</td><td>-</td><td>27/01/2020</td><td>Virement</td><td>-</td><td>1 062,30</td><td>692,30</td><td>82,00</td><td>774,30</td></tr><tr><td>1</td><td>-</td><td>28/10/2019</td><td>Virement</td><td>-</td><td>2 190,50</td><td>1 409,90</td><td>266,85</td><td>1 676,75</td></tr><tr><td>2</td><td>-</td><td>23/09/2019</td><td>Virement</td><td>-</td><td>2 052,70</td><td>834,15</td><td>126,72</td><td>960,87</td></tr><tr><td>1</td><td>-</td><td>03/06/2019</td><td>Virement</td><td>-</td><td>333,10</td><td>258,17</td><td>21,80</td><td>279,97</td></tr></tbody></table>					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
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>) ★★★★★

Royaume du Maroc



MME AMINA BENJALLOUN
CT ATTADAMOUN R 2 N 6 AZ

OLFA
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 :