

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.

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.

Optique :

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

Educational :

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.

Prothèse :

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° M20- 0002083

ND. 52446

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Saad Movsliki

Date de naissance : 08/02/1987

Adresse : Quartier Almaz Amban 2, FF32, Casablanca

Tél. : 0666 123 149 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/02/2020

Nom et prénom du malade : Samira ELMALYH Age : 31

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 Le : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

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

PAYE

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
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
64572933	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573047	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573080	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573107	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573135	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00
1	-	13/04/2020	Virement	-	2 000,00	1 755,00	0,00	1 755,00
2	-	16/01/2020	Virement	-	1 000,00	280,00	70,00	350,00
60063402	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
60063418	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	700,00	160,00	40,00	200,00

Instructions à suivre

تعليمات يجب إتباعها

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 وأتمنتها 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 suivent la fin du traitement.

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.

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.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض 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 للاستفادة 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 وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **ELMALYHSANAA** الاسم العائلي و الشخصي للمؤمن له

N° Affiliation : **385534** رقم الانخراط

N° Immatriculation : **438910774** رقم التسجيل

N° CIN : **BR358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **Quartier Almaz, Res. Ambule, G.H.A.** العنوان

Immeuble F Apt 38, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : **400,00** مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **1** عدة الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **ELMALYH SAOUD** الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : **25071989** تاريخ الميلاد

N° CIN : **BR358978** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe * : **M** ذكر **F** أنثى الجنس *

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09112813** الرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins نوع العلاجات

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

Maternité * أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المتوقع للولادة

Accident * حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Causes : أسباب الحادث

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci avant. أناشده بصحة كل ما ذكر أعلاه

Fait à : حرر في

le : في

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (ها)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا كتيب طبعا

THESE

CIM-10

جاء الوصفان الذي تم تنفيذهما والتجهيزان الطبيين الممنوعين

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

THE UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS

[illegible]

Actes Paramédicaux

عملیات الصناعہ الیٰطبیہ

[illegible]

PROFESSEUR OMAR SEFRIQUI
SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE CASABLANCA
ANCIEN ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
EX FORMATEUR DE L'UNIVERSITE John HOPKINS
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET CANCEROLOGIQUE, MALADIES DU SEIN
COELIOSCOPIE, HYSTEROSCOPIE, COLPOSCOPIE NUMERISEE, ACCOUCHEMENT
DIAGNOSTIC ANTENATAL, ECHOGRAPHIE DOPPLER ET 3D
STERILITE DU COUPLE (FIV-ICSI)
Tel : 022 235 225 Fax : 022 235 451

Mme ELMALYH SANAA



2IB5715

28/09/2020

Echographie gynécologique

Echographie:

Endovaginale
15/09

*DDR :

* Taille de l'utérus :

longueur

72MM

largueur

30MM

épaisseur

32MM

* myomètre :

Homogène

*muqueuse :

- homogène

* Ovaire droit de

25MM

- d'echostructure homogène

+

* Ovaire gauche de

26MM

- d'echostructure homogène

+

*Douglas :

Libre

Conclusion :

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE

Dr. Omar Sefrioui
Gynécologue - Obstétricien
2 Rue Abou Abdallah Naïli - Casablanca
Tel: 022 235 225 - Fax: 022 235 451



28/09/2020

Dr. Omar S. El-Naili
 Gynécologue - Obstétricien
 2 Rue Houari Boumedienne - Casse
 1. 021 235 45 - Fax: 022 235 45

