

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 l'égard du traitement des données à caractère personnel.



Déclaration de Maladie

W21-849175

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUMI RHITA

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 2098,95

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RYAD JAIDI Age : 11 ans

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

Nature de la maladie : Complément (Hospitalisation)

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Adhérent SANLAM

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le : 15/04/24

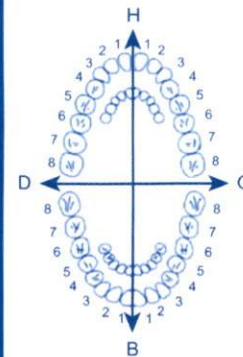
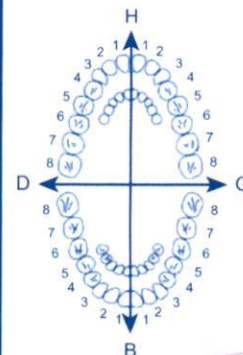
Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

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

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

[illegible][illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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
المشتقاة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ما عدا في حالة العلاج المستصر. 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
لمهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
لاحتياط الاجتماعى رهين باحترام الشروط القانونية
كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع المتعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [][][][][][][][][] : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 رجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

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

عدد الوثائق المرفقة :
 Nombre de pièces jointes : 6-1

تصريح الطبيب المعالج

الجنس* : M ☒ ذكر F ☐ انثى

تعريف الطبيب المعالج

Accident * ☐ * حادث Causes : ☐ أسباب الحادث

Signature de l'assuré (e)	19	CHIFFRE D'ORDRE DU PROJET DE TRAVAIL OU DE FERMETURE DE BOULEVARD
---------------------------	----	---

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque cas

أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجراة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الخصم المفقوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات	رمز العمليات	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
Dates des actes	Code des actes	Cotation NGAP	Valeur Clé	Montant facturé	
INP :					
INP :					
INP :					

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique

Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat-Paris



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le

21/02/20

الدار البيضاء، في

أشرف على
مستشفى الدار البيضاء
من 1985 إلى 1990
في قسم
الطب الباطني
والتخصصات
الداخلية
والتخصصات
الجراحية

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca
Tél: 05 22 95 12 32 - GSM: 06 61 14 73 72

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - المحمول : 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 32 - GSM : 06 61 14 73 72

CASABLANCA Le : 17-02-2024

page 1/1

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATEL
50, BD ABDELRAHMAN BOUABID
OASIS - CASABLANCA
TEL: 0522 23 18 18 / 0422 23 50 28

CLINIQUE ATFAL

Séjour : Du 16/02/2024 au 17/02/2024
Patient : Enf. JAIDI RYAD
N° Dossier : ATF24B16103403
Organisme : PAYANT

Désignation	Prix Unit	Quantité	Prix TTC
INTRANULE JAUNE - CONSOMMABLE	3,00 Dh	1	3,00 Dh
OMEPRAZOLE NORMON 40 MG LY 1 BOITE DE 1 FLACON	29,90 Dh	1	29,90 Dh
PERFUSEUR EN Y - CONSOMMABLE	8,25 Dh	1	8,25 Dh
PROLONGATEUR 150 CM - CONSOMMABLE	6,00 Dh	1	6,00 Dh
SERINGUE 10 CC - CONSOMMABLE	3,00 Dh	4	12,00 Dh
SERINGUE 5 CC - CONSOMMABLE	2,00 Dh	4	8,00 Dh
SERUM G 5% 500ML POCHE	13,10 Dh	1	13,10 Dh
SERUM SALE 0.9% 500ML POCHE	12,80 Dh	1	12,80 Dh
SPASMOPAN 20 MG / ML SO 1 BOITE DE 6 AMPOULES	2,95 Dh	2	5,90 Dh
			98,95 Dh

CLINIQUE PEDIATRIQUE ATFAL
50, BD ABKERRAHIM BOUABID
OASIS - CASA BLANCA
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

CLINIQUE ATFAL**BULLETIN D'ENTREE / SORTIE**

N° DE DOSSIER ATF24B16103403

NOM DU PATIENT Enf. JAIDI RYAD

MÉDECIN TRAITANT BENNOUNA MED

PRISE EN CHARGE PAYANT CNOPS

DATE D'ENTREE 16/02/2024

DATE DE SORTIE 17/02/2024

MODE DE SORTIE normal



CLINIQUE PRINCEIRI MED
50, BD ABDELLAHIM BOUABID
OASIS - CASABLANCA
TEL : 0522 23 18 18 / 0522 23 50 28

CLINIQUE ATFAL
50 Boulevard Abderrahim Bouabid
Oasis , Casablanca , Maroc
20000 Casablanca
Tel : 05 22 23 18 18 Fax : 05 22 23 50 28
IF 01087099

RAPPORT MEDICAL

Patient

JAIDI RYAD

Médecin traitent

DR. BENNOUNA MED

Date

17/02/2024

CLINIQUE ATFAL

NOTE HONORAIRE

DATE ENTREE : 16/02/2024

DATE SORTIE : 17/02/2024

LE:17/02/2024

DR. BENNOUNA MED (PEDIATRIE)

HONORAIRES : 500,00 Dh (CINQ CENTS DIRHAMS)

PATIENT : ENF. JAIDI RYAD

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dal Asmaa - Casablanca
Tél: 0522 95 12 32 Urgence: 06 61 14 73 72

signé et cacheté

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd. Ghandi Dal Asmaa - Casablanca
Tél: 0522 95 12 32 Urgence: 06 61 14 73 72



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/Identification) 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	RETOUR POUR COMPLEMENT 2	ACCORDE 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	-	05/04/2024	Virement	-	2 098,95	731,25	0,00	731,25
86398658	06/03/2024	Payé en : 30 jours		JAIDI RYAD	2 098,95	731,25	0,00	731,25
1	-	25/03/2024	Virement	-	383,30	120,00	22,50	142,50
1	-	06/02/2024	Virement	-	434,60	214,22	44,04	258,26
1	-	02/01/2024	Virement	-	488,00	137,15	26,42	163,57
2	-	29/11/2023	Virement	-	1 619,80	233,18	40,08	273,26
2	-	03/11/2023	Virement	-	4 163,91	2 498,17	529,78	3 027,95
2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
1	-	08/09/2023	Virement	-	2 170,31	1 577,11	385,35	1 962,46
2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28

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

★★★★☆