

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 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 |

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

N° W19 417980
N'D 14038

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : <i>12708</i>	Pensionné(e) <input type="checkbox"/>	Autre <input type="checkbox"/>
Actif <input checked="" type="checkbox"/>	Nom & Prénom : <i>E KARROONI RHEIA</i>	
Date de naissance : <i>06/03/1985</i>		
Adresse :		
Tél. : <i>0666955555</i>	Total des frais engagés :	<i>32000</i>
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin	<i>SEP. 2019</i>	<i>ACCUEIL</i>
Date de consultation :	<i>JADID MARIA</i>	
Nom et prénom du malade :	Age : <i>9 mois</i>	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :	<i>coquelicot</i>	
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 : <i>CHABAT</i>	Le : <i>04/09/19</i>	
Signature de l'adhérent(e) :		

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 : *CHABAT*

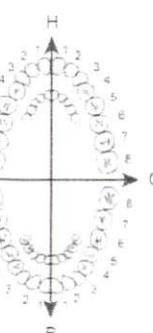
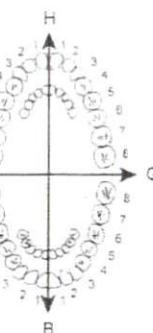
Signature de l'adhérent(e) :

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
				INF : <input type="checkbox"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B			
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>				

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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :	توقيع و طابع التعاقدية
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف العارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأعمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الأساسية إلى التعاقدية التي تتلقنون 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 المصرفة على أساس التعريفة 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، سيغتيب طبقاً للمساطر القانونية.

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



Feuille de soins Maladie

Assurance sociale بالضرس
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Partie réservée à l'assuré(e)

J AIDI Mounir

55222

710604

AB 111327

N° et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن العناوين : Résidence AL Mansour BO Ghendi

Adresse : Imb 16, Appt 4, 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 320,00 Dhs

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

J AIDI Maria

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du médecin traitant

M انتي F ذكر

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة INPE : 091022219

نوع العلاجات

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض

Maternité *

أمومة

Hospitalisation *

استشفاء

Accident *

حادث

Pil-confidential remis

تم تقديم الفرق المفقّع :

Yes

No

Non

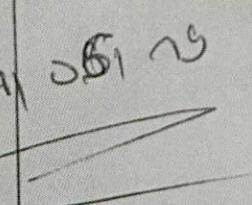
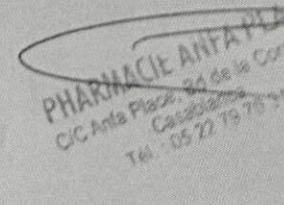
Yes

No

Yes

جزء الوسائل التي تم تنفيذها والتحيزات الطبيعية المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المتفق Date d'exécution	النوع المطلوب Prix facturé	توقيع و ملخص المستلم في أو من دون السجائر الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
٢٤/٠٦/٢٩	٨٥٤	  PHARMACIE ANTA PLACE C/C Anta Place 24 de la Corniche Casablanca Tél : 05 22 79 70 41

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

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

بعاش المولود الجديد
شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعار الداخلي للأطفال (باريس)

14.06.2019

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Nourrisson JAIDI MARIA

Age : 7 mois 9 jours

Poids : 7,70 Kg



1 VOGALENE 0.4 % sol buv : Fl/30ml

1 boîte

Donner 25 gouttes 3 fois / jour 1/4 heure avant les biberons si vomissements

2 ULTRA LEVURE 250 MG SACHETS

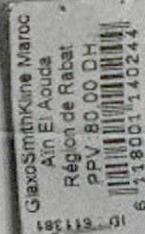
Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant la diarrhée

8000

3 ENGERIX B 10 µg/0.5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0.5ml

Une injection en IM

TTC 80,00 DH



Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA

PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca

Tel : 05 22 95 12 32 | téléc. : 06 61 14 73 72

PHARMACIE ANA PLACE
CC Ana Place, 24 de la Corniche
Casablanca
Tél : 05 22 78 20 31

E-mail : benouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيتزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

Mutuelle Ligue des Marocains
des Postes et Télécommunications

18 JUIL. 2019

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR]
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000057671504

Accusé de Réception

N° Réception : 57671504
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA
Rang Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 18/07/2019 12:24
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 330,00
Nombre de pièces : 1
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :



**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Adobe Flash Player est bloqué

Accueil > Application > assure app

■ (/portailapps/www/index.php/assures/auth) Accès Internet

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	REJET 1	PAYE																																																																																																																																							
<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>- 3</td> <td></td> <td>29/08/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>2 980,00</td> <td>1 359,20</td> <td>51,46</td> <td>1 410,66</td> </tr> <tr> <td></td> <td>57671626</td> <td>18/07/2019</td> <td>Payé en : 42 jours</td> <td>JAIDI RYAD</td> <td>2 150,00</td> <td>960,00</td> <td>10,00</td> <td>970,00</td> </tr> <tr> <td></td> <td>57671554</td> <td>18/07/2019</td> <td>Payé en : 42 jours</td> <td>JAIDI MARIA</td> <td>500,00</td> <td>240,00</td> <td>27,50</td> <td>267,50</td> </tr> <tr style="background-color: #ffffcc;"> <td></td> <td>57671504</td> <td>18/07/2019</td> <td>Payé en : 42 jours</td> <td>JAIDI MARIA</td> <td>330,00</td> <td>159,20</td> <td>13,96</td> <td>173,16</td> </tr> <tr> <td>- 1</td> <td></td> <td>16/08/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>593,00</td> <td>168,30</td> <td>16,04</td> <td>184,34</td> </tr> <tr> <td></td> <td>5751347</td> <td>09/07/2019</td> <td>Payé en : 38 jours</td> <td>JAIDI MARIA</td> <td>593,00</td> <td>168,30</td> <td>16,04</td> <td>184,34</td> </tr> <tr> <td>■ 2</td> <td></td> <td>10/06/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 314,00</td> <td>809,80</td> <td>140,24</td> <td>950,04</td> </tr> <tr> <td>■ 4</td> <td></td> <td>13/05/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 997,00</td> <td>782,90</td> <td>63,02</td> <td>845,92</td> </tr> <tr> <td>■ 2</td> <td></td> <td>22/04/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>2 396,00</td> <td>658,60</td> <td>105,68</td> <td>764,28</td> </tr> <tr> <td>■ 3</td> <td></td> <td>05/03/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>2 289,40</td> <td>1 347,58</td> <td>41,30</td> <td>1 388,88</td> </tr> <tr> <td>■ 6</td> <td></td> <td>18/02/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>2 882,71</td> <td>1 470,55</td> <td>226,84</td> <td>1 697,39</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td></td> <td>28/01/2019</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>1 800,00</td> <td>120,00</td> <td>5,00</td> <td>125,00</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td></td> <td>27/11/2018</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>5 000,00</td> <td>2 340,00</td> <td>0,00</td> <td>2 340,00</td> </tr> <tr> <td>■ 1</td> <td></td> <td>12/11/2018</td> <td>Virement</td> <td>-</td> <td>500,00</td> <td>240,00</td> <td>27,50</td> <td>267,50</td> </tr> </tbody> </table>				Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total	- 3		29/08/2019	Virement	-	2 980,00	1 359,20	51,46	1 410,66		57671626	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI RYAD	2 150,00	960,00	10,00	970,00		57671554	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI MARIA	500,00	240,00	27,50	267,50		57671504	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI MARIA	330,00	159,20	13,96	173,16	- 1		16/08/2019	Virement	-	593,00	168,30	16,04	184,34		5751347	09/07/2019	Payé en : 38 jours	JAIDI MARIA	593,00	168,30	16,04	184,34	■ 2		10/06/2019	Virement	-	1 314,00	809,80	140,24	950,04	■ 4		13/05/2019	Virement	-	1 997,00	782,90	63,02	845,92	■ 2		22/04/2019	Virement	-	2 396,00	658,60	105,68	764,28	■ 3		05/03/2019	Virement	-	2 289,40	1 347,58	41,30	1 388,88	■ 6		18/02/2019	Virement	-	2 882,71	1 470,55	226,84	1 697,39	■ 1		28/01/2019	Virement	-	1 800,00	120,00	5,00	125,00	■ 1		27/11/2018	Virement	-	5 000,00	2 340,00	0,00	2 340,00	■ 1		12/11/2018	Virement	-	500,00	240,00	27,50	267,50
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total																																																																																																																																		
- 3		29/08/2019	Virement	-	2 980,00	1 359,20	51,46	1 410,66																																																																																																																																		
	57671626	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI RYAD	2 150,00	960,00	10,00	970,00																																																																																																																																		
	57671554	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI MARIA	500,00	240,00	27,50	267,50																																																																																																																																		
	57671504	18/07/2019	Payé en : 42 jours	JAIDI MARIA	330,00	159,20	13,96	173,16																																																																																																																																		
- 1		16/08/2019	Virement	-	593,00	168,30	16,04	184,34																																																																																																																																		
	5751347	09/07/2019	Payé en : 38 jours	JAIDI MARIA	593,00	168,30	16,04	184,34																																																																																																																																		
■ 2		10/06/2019	Virement	-	1 314,00	809,80	140,24	950,04																																																																																																																																		
■ 4		13/05/2019	Virement	-	1 997,00	782,90	63,02	845,92																																																																																																																																		
■ 2		22/04/2019	Virement	-	2 396,00	658,60	105,68	764,28																																																																																																																																		
■ 3		05/03/2019	Virement	-	2 289,40	1 347,58	41,30	1 388,88																																																																																																																																		
■ 6		18/02/2019	Virement	-	2 882,71	1 470,55	226,84	1 697,39																																																																																																																																		
■ 1		28/01/2019	Virement	-	1 800,00	120,00	5,00	125,00																																																																																																																																		
■ 1		27/11/2018	Virement	-	5 000,00	2 340,00	0,00	2 340,00																																																																																																																																		
■ 1		12/11/2018	Virement	-	500,00	240,00	27,50	267,50																																																																																																																																		
Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)																																																																																																																																										
★★★★★																																																																																																																																										