

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
- = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
- = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
- = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
- = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
- = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
- = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
- = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
- = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
- SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
- AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinsithérapeute
- AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
- AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
- AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
- R-Z = Electro - Radiologie
- B = Analyses

POUR L'ADHERENT

La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge. Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.

Le bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations

Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

HOSPITALISATION EN CLINIQUE
HOSPITALISATION EN HOPITAL
HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
HOSPITALISATION EN REVENTORIUM
HOSPITALISATION EN MAISON DE REPOS
ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
comportant un ou plusieurs échelonnées
dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION
- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 26 48 / 26 49 / 28 57 / 28 83
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS 1627499

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : B. KARROUNI Rhita
Matricule : 12706 Fonction : _____ Poste : 263
Adresse : _____
Tél. : 0666957545 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : DAIDA RYAN Age 18 06 19
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin : _____
Nature de la maladie : 11 JUL 2019
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances Complément
A CASA le 11 07 19 Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

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 المشتراة وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتاحدية 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 لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.101.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : JAIDI Mounir
رقم الانخراط : 35222
رقم التسجيل : 710604
رقم بطاقة التعريف الوطنية : AB 1111927
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :
Conjoint زوج Enfant ابن
العنوان : Résidence El Mansour Imb 16. Apt 4
20210 Casablanca
مبلغ المصاريف (درهم) : 347,00 DH
عدد الوثائق المرفقة : 4
Montant des frais (Dhs) :
Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : Ryad JAIDI
تاريخ الزيادة : 180612
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس : *
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe : *
M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : 3592/10
نوع العلاجات : Consultation @ T. Antari Allergologue
تم تقديم الظرف المغلق : * Oui Non
تاريخ الحمل :
Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة :
Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء :
Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث :
Date d'accident :
أسباب الحادث :
Causes :
Maladie * مرض
Maternité * أمومة
Hospitalisation * استشفاء
Accident * حادث
Pli confidentiel remis : *
Date d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :

توقيع وطابع المتاعدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :	تاريخ الإيدع :
Date de dépôt du dossier :	

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. فعل : 08/02/2019 في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أشهر بصحة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare l'exactitude des renseignements portés ci - avant. فعل : 08/02/2019 في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عيادة الرعاية الصحية Signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Cachet et signature du médecin traitant ou de l'Etablissement de soins Tél. 05 22 21 10 00
---	---

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

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 المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 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، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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 : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : JAIDI Mounir : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 35222 : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 710604 : رقم التسجيل :
N° CIN : AB 111927 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : Résidence El Mansour Imb 46. Apt 4 : العنوان :
20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 947,00 DH : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : 4 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : Ryad JAIDI : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 180612 : تاريخ الميلاد :
N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe : M ذكر F أنثى : الجنس : *

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 3522/10 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : Consultation @ T. Cantaré Allergologie : نوع العلاجات :
Maladie * : مرض * :
Maternité * : أمومة * :
Hospitalisation * : استشفاء * :
Accident * : حادث * :
Pli confidentiel remis* : Oui Non : تم تقديم الملف المغلق : *
Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : : تاريخ الحادث :
Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca : حرر بـ :
le : 08/02/2019 : في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من يمثله :
Signature de l'assuré (e) :
Dr. Lella A. ALLOUADI :
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins :
la proximité de la date de l'acte médical :
Tel : 05 22 21 11 11 :
* الخطب الخاتمة

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

- Diplômée de l'Université Paris 5
- Ancienne Attachée en Allergologie
des Hôpitaux de Paris
- Membre de la Société Française d'Allergologie
- Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant

الدكتورة ليلى التازي الداودي

اختصاصية في أمراض الحساسية
للکبار والأطفال

PHARMACIE DULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BD GHANDI ET
EL MANSOUR 360806

08.02.19

Enfant Ryad Jaïdi

Flixotide 125

1 cuillère 1 fois par jour

Zewstat VT

d'inhalation



47,02

Claritec shop 1 cuillère
de 5ml le soir

(N°5)

Jaïdi

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

Imm. le Colysée 30 Bd. Ain Taoujdat Bourgogne
Casablanca - Tél. 05 22 27 40 11

Immeuble le Colysée, 30 Bd. Ain Taoujdat Bourgogne (à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél. : 05 22 27 40 11 - Email : ltazidaoudi@gmail.com

الدكتورة ليلى التازي الداودي

اختصاصية في أمراض الحساسية
للحديث والاطفال



Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

- Diplômée de l'Université Paris 5
- Ancienne Attachée en Allergologie des Hôpitaux de Paris
- Membre de la Société Française d'Allergologie
- Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant

le 08.02.2019

ICE : 002156551000083
INPE : 091215657

Enft Ryad JAIDI

Facture pour Consultation à 300 DAH

⊕

Tests cutanés Allergologiques à 600 DAH
= 900 DAH

TOTAL RECV : NEUF CENT DIXHUIT

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

Imm. Le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne
(à proximité de la Clinique Badr) - Casablanca
Tél: 05 22 27 40 11 - Fax 05 22 47 38 72

Immeuble le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne (à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél. : 05 22 27 40 11 - Email : ltazidaoudi@gmail.com

Immeuble le Colysée, 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne (à proximité de la clinique Badr) - Casablanca
Tél. : 05 22 27 40 11 - Email : ltazidaoudi@gmail.com

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. le Colysée 30 Bd Ain Taoujtate Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 27 40 11

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue

- Diplômée de l'Université Paris 5
- Ancienne Attachée en Allergologie des Hôpitaux de Paris
- Membre de la Société Française d'Allergologie
- Maladies allergiques de l'adulte et de l'enfant



اختصاصية في أمراض الحساسية
للحديث والاطفال

الدكتورة ليلى التازي الداودي

8/2/2019

y/ RGD à minima
y/ TC: ⊕ Acousmus
observé au phteu ps
carré de force
une allergie (TC: ⊕, C: ⊕)



Casablanca le : 08/02/2019

Enfant JAIDI Ryad

TESTS CUTANÉS	RESULTAT
Acariens	
Dermato Pteronyssinus	3/15
Dermato Farinae	00
Blomia	7/10
Animaux	
Poils de chat	00
Poils de chien	00
Pollens	
5 Graminées	00
Olivier	00
Cyprès d'Arizona	00
Bouleau	2/5
Moisissures	
Alternaria	NT
Témoin négatif	00
Témoin positif	5/10
Témoin positif	
Test Cutané positif aux acariens	

Dr. Leïla TAZI-DAOUDI
Allergologue
Imm. le Colysée 30 Bd. Ain Taoujtate Bourgogne
Casablanca - Tél.: 05 22 27 40 11

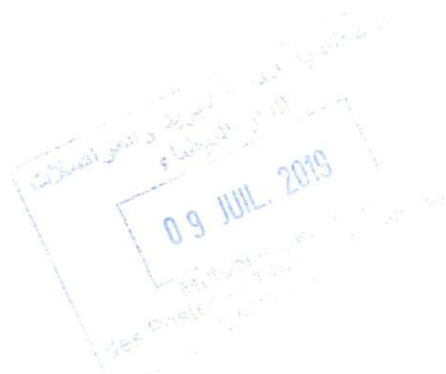
MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR J
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE ,DI

000056079433

Accusé de Réception

N° Réception : 56079433
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré	:	JAIDI MOUNIR	
Immatriculation	:	33710604	/ 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire	:	JAIDI RYAD	
Rang Bénéficiaire	:	11	
Type dossier	:	FEUILLE DE SOINS	
Date et heure	:	8/04/2019	14:10
Lieu de réception	:	CASA 30102	
Valeur du dossier	:	947,00	
Nombre de pièces	:	6	
Code Agent	:	MPTT031	
Code Etablissement	:		
Etablissement	:		

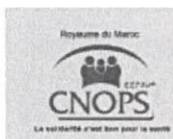




Cliquez pour activer Adobe Flash Player.

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	ENREGISTRE 2	REJET 2	PAYE					
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 4	-	13/05/2019	Virement	-	1 997,00	782,90	63,02	845,92
56079433	08/04/2019	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	947,00	302,90	25,52	328,42
56079376	08/04/2019	Payé en : 35 jours		JAIDI MARIA	300,00	120,00	5,00	125,00
56079395	08/04/2019	Payé en : 35 jours		JAIDI MARIA	500,00	240,00	27,50	267,50
56079345	08/04/2019	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	250,00	120,00	5,00	125,00
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
2	-	28/08/2018	Virement	-	1 832,70	308,25	25,60	333,85
5	-	08/08/2018	Virement	-	5 035,20	1 985,70	120,66	2 106,36

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

★★★★☆