

## **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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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° W19-447968



Maladie     Dentaire     Optique     Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12706 Société : RAN

Actif     Pensionné(e)     Autre : RHITA

Nom & Prénom : EL KARROUNI

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 582,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAHIDI NARIA Age : 19 mois

Lien de parenté :  Lui-même     Conjoint     Enfant

Nature de la maladie : complément dentaire

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 : CASA Le : 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) :



### 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

Signature et timbre de la mutuelle	
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier :	Signature : .....
Téléphone : .....	

### Instructions à suivre

Prévoir une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut prévoir une feuille de soins pour chaque événement (soins, consultation, hospitalisation, etc.) et une feuille de soins par personne.

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.

#### Signature et timbre de la mutuelle

Signature et timbre de la mutuelle	
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier :	Signature : .....
Téléphone : .....	



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

#### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : .....  
رقم الانتخاب : .....  
رقم التسجيل : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن .....  
 العنوان : .....  
Adress : .....  
Montant des frais (Dhs) : .....  
Nombre de pièces jointes : .....

#### Déclaration du médecin traitant

#### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
الإسم العائلي والشخصي : .....  
تاريخ الإزدياد : .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....  
الجنس : .....  
Identifiant du médecin traitant : .....  
تعريف الطبيب المعالج : .....  
الرقم الوطني الاستدلالي للممارسة

INPE : 091027219

#### نوع العلاجات

N° INP .....  
Type de soins .....  
Maladie \* ..... مرض \* .....  
Maternité \* ..... أمومة \* .....  
Hospitalisation \* ..... استشفاء \* .....  
Accident \* ..... حادث \* .....  
تم تقديم الظرف المغلق \* : Oui Non .....  
Tarih الحمل : .....  
Date de grossesse : .....  
التاريخ المرتقب للولادة : .....  
Date prévue d'accouchement : .....  
Tarih الاستشفاء : .....  
Date d'hospitalisation : .....  
Tarih الحادث : .....  
Date d'accident : .....  
أسباب الحادث : .....  
Causes : .....

أشهر بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : .....  
le : .....  
Signature de l'assuré (e) : .....  
Fait à : .....  
le : .....  
Signature de l'assuré (e) : .....  
أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .  
Fait à : .....  
le : .....  
Signature de l'assuré (e) : .....  
 توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

\* اكتب الخاتمة .....  
INPE : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمكن منعاً كلباً بيع هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التغليف Date d'exécution	العنوان المفوتر Prix facturé	توقيع وظابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/5/19	✓ 343,00	 <b>PHARMACIE ANFA PLACE</b> CIC Anfa Place, Bd de la Corniche Casablanca Tél : 05 22 79 70 31

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی

*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)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جماعية في فحص المعدة والأمعاء  
بالشعاں الداخلي للأطفال (باريس)

10.05.2019

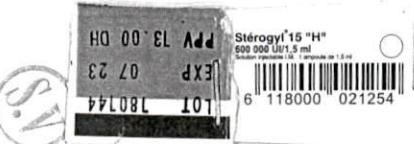
Casablanca, le .....

الدار البيضاء، في

**Nourrisson JAIDI MARIA**

Age : 6 mois 6 jours

Poids : 7,80 Kg



1 STEROGLY AMP BUUVABLE

1 boite

Donner la moitié de l'ampoule en une seule

2 ULTRA-LEVURE 100mg pdre p susp buv

1 boite

Donner 2 sachets par jour si diarrhée

3 ROTATEQ VACCIN

une prise per os

4 ENGERIX B 10 µg/0,5 ml susp inj en seringue préremplie : Ser préremplie/0,5ml

Une injection en IM

*F = 343,00*

**PHARMACIE ANFA PLACE**  
C/C Anfa Place, Bd de la Corniche  
Casablanca  
Tél. : 05 22 79 70 31

Dr Mohammed Bennouna  
Dr. M. BENNOUNA  
PEDIATRE - CHAMPS D'ASMO - CASABLANCA  
TÉL. : 05 22 95 12 32 - FAX : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72



E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 39 53 38 - الفاكس : 05 22 95 12 32 - المحمول : 05 22 39 53 38  
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

MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR 1  
B 33 APPT 09  
CASABLANCA  
20000 CASABLANCA CENTRE CI

09/07/17

Accusé de Réception

N° de Suivi : 57511347  
(Veuillez conserver pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR  
N° de Sécurisation : 33710604 / 100057341  
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA  
N° de Sécurisation : 12

Type de soin : FEUILLE DE SOINS  
Date de soin : 9/07/2019 13:06  
Lieu de réception : CASA 30102  
Montant du dossier : 593,00  
Numéro d'admission : 1  
Numéro de suivi : MPTT031

N° de suivi d'assentement :  
Signature d'assentement :

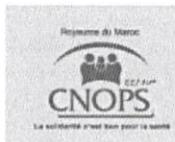




Adobe Flash Player est bloqué

Accueil &gt; Application &gt; assure app

🔗 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter) 🔍 Rechercher 🔍 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 1	PAYE					
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
57511347	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>)
 ★★★★★