

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Étage 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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

Maladie ☒ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **ACCUEIL** 04 SEP. 2019

Matricule : **12705**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **KARBOOAL RHYTH**

Date de naissance : **10/03/1985**

Adresse :

Tél. : **066697745** Total des frais engagés : **3**

Cadre réservé au Médecin : **ACCUEIL** 04 SEP. 2019

Cachet du médecin : **SEP. 2019**

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **JAIDI AARIA** Age : **34 ans**

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

Nature de la maladie : **Complexe**

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 : **06/09/19** Le : **06/09/19**

Signature de l'adhérent(e) :

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 un 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 وألصقتها بالوصفات المرسله.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتهابية إلى
التعاضدية التي تتخومون 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للعساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمعطلات
الاحتياط الاجتماعى رهين باحترام الشروط القانونية
وكل ما سبق ذكره

توقيع و طابع التعااضدية

Cache et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :

Feuille de soins Maladie

Assurance maladie
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجعة رقم

N° Bordereau : N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAIDI Mouner** الإسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **55222** رقم الانخراط

N° Immatriculation : **710604** رقم التسجيل

N° CIN : **AB III 927** 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 AL Housseur BO Ghundi** العنوان

Imb 46, Appt 4, 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : **330,00 dhs** مبلغ المصاريف (درهم)

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

Declaracion du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **JAIDI mouner** الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **08/11/18** تاريخ الازدياد

N° CIN : **AB III 927** رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : **M** الجنس

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091027219** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins نوع العلاج

Maladie : **مرض** تم تقديم الظرف المغلق

Maternité : **امومة** Oui Non

Hospitalisation : **استشفاء** تاريخ الحمل

Accident : **حادث** التاريخ المرتقب للولادة

Causes : **أسباب الحادث**

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه
I'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **Casablanca** محرر ب
le : **14/06/2019** تاريخ
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) **[Signature]**

أشهر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je declare les informations ci - dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casablanca** محرر ب
le : **14/06/2019** تاريخ
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins **[Signature]**

Dr. M. BENNOUNA الطبيب المعالج

PEDIATRE

يتمتع هذا الطبيب

La vente de cet imprimé est formellement interdite

06 61 14 73 72

description des actes effectués

وصف العمليات المجرىة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
24/06/14	4			2505	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع و ملاح الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
24/06/14	80	

PHARMACIE ANFA PLACE
CIC Anta Place, 84 de la Corniche
Casablanca
Tel : 05 22 79 70 34

Dr. Mohammed Bennouna

PEDIATRE

Diplômé de la Faculté de Médecine
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Mètrie, 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 جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

14.06.2019

Casablanca, le في الدار البيضاء

Nourrisson JAIDI MARIA

Age : 7 mois 9 jours

Poids : 7,70 Kg



1 VOGALENE 0,4 % sol buv : FI/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

80,00

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

Une injection en IM

T = 80,00 DHS

Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA

PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Tél : 05 22 95 12 32 - 06 61 14 73 72

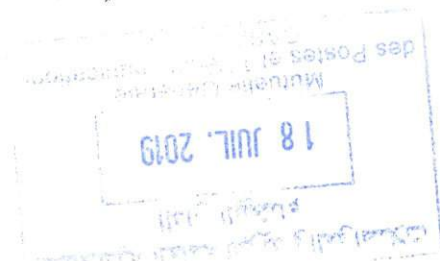
PHARMACIE ANFA PLACI
CIC Antaf - Casablanca
Tél : 05 22 75 70 31

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV : 80 00 DHS
6 118001 140244

LOT/MFD/EXP:
ANBVC728A J
01-2018
12-2020

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - المحمول : 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



MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR J
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

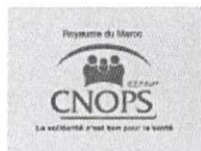
CNOPS



Adobe Flash Player est bloqué

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/authentification)
 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	81,46	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	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>)

★★★★★