

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° W19-447978



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 10706

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : E KARROURI Rhta

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAHORIA

NARIA

Age : mois

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : complément

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 : Cher

Le : 04/09/19

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



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 وكل حيث.

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 المشتراء وأثننتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 التعرية الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساءلة القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التحاضدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	التاريخ الإبداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

الناتج الإيجاري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAH 11.01.01
مرجع رقم

CNOPS
من وجا

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الاشتراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Nom et prénom : JAIDI RYAD
N° Affiliation : 55 222
N° Immatriculation : 710 604
N° CIN : AB 111927

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

Conjoint زوج Enfant ابن X
Adresss : Résidence AL MANSOUR Int 46, Appt 4
20210 Casab

Montant des frais (Dhs) : 2150,00

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : JAIDI RYAD
Date de naissance : 18/06/12

N° CIN :

Sexe : M ذكر X F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *	مرض	Pli confidentiel remis * : Oui	Non :
Maternité *	أمومة	Date de grossesse :	تاريخ الحمل :
Hospitalisation *	استشفاء	Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident *	حادث	Date d'hospitalisation :	تاريخ الاستشفاء :
		Date d'accident :	تاريخ الحادث :
		Causes :	أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Fait le : 25/05/2019 Signature de l'assuré (ها) : H.A.	أصرح بصدقية كل ما ذكر أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables. Fait à : 25/05/2019 Signature de l'assuré (ها) : H.A.
---	--

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cacher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي :

نوعية الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للمسار :

نوع العلاجات

تم تقديم الملف المعلن :

تاريخ المحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أصرح بصدقية كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : 25/05/2019

Signature de l'assuré (ها) : H.A.

توقيع و طابع الطبيب المعالج او المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

لخط الماء :

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes

صف العمليات المجر.

، والوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التليفي Date d'exécution	النعن المغور Prix facturé	توقيع و ملابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

سلبيات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

ملفات المساعدات الطبيعية

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

000057671626

Accusé de Réception

N° Réception : 57671626
(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

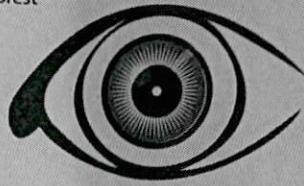
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 18/07/2019 12:26
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 2150,00
Nombre de pièces : 5
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :

DR ZINEB LAZRAK
SPÉIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de casablanca
Ex medecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétiennes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبکية العین

اللاز - فحص القرنيـة

Casablanca le :

25 MAI 2019

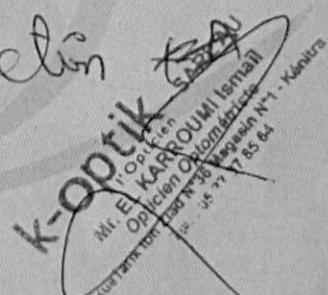
Jawad Rayad

O1 Monture Coelent les souffle

+ Verres de Correction
ultrafins

$$\odot = + 3,75$$

$$\odot G = + 7 (-0,50 \text{ D})$$



ملتقى شارع مولاي يوسف و رنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90
Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3ème Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél :: 0522 47 53 90
البريد الإلكتروني : dr.lazrakzineb@gmail.com
Urgence : 0660 46 15 70

k-optik
L'Opticien

N° Facture : 001663/2019

Client : JAIDI RYAD

Kénitra, le : 01/06/2019

Correction	Sph	Cyl	Axe	Add
O.D	3,75			
O.G	7,00	-0,50	45	

Liste des ventes

Désignation	Catégorie	Unité	Prix unitaire	Montant
Organique AR 1.56	Verre	2	500	1000
Monture	Optique	1	500	500

Total HT :	1250
TVA (20%)	250
Total TTC :	1500

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE TOUTE TAXE COMPRISE A LA SOMME DE :

MILLE CINQ CENTS DIRHAMS

k-optik - SARL AU
Opticien
MR. EL KARROUMI J. mail
Opticien Optométriste
Koutoubia Ibn Ziad N°36 Magasin N°1 - Kénitra
Tél. : 05 37 37 85 64



055008643

Adresse : 36, Av tariq Ibn Ziad Magasin N°1 Kénitra TEL : 0537378564
ICE : 000040905000007 CNSS : 9118193 RC : 37861 Patente : 20122561 IF : 29153533

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



Casa le 01/07/2019
ICE : 00180477700038
TP : 34309939
IF : 41909940

FACTURE

Nom et Prénom : JAIADI RYAD

Examen : BILAN ORTHOPTIQUE

Prix : 300 DH

MONTANT : (TROIS CENT DIRHAMS)

Mme. SERRAJ Hanane Ep. FILALI
CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Res. Walili - Casa
Tél.: 05 22 26 26 26 GSM: 06 61 63 34 26

CENTRE D'ORTHOPTIE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
MME SERRAJ HANANE EP. FILALI
DIPLOMÉE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER



CASA, Le 01/07/2019

BILAN ORTHOPTIQUE

Cher Docteur,

L'examen de l'enfant JAIDI RYAD (6 ans et demi) montre les éléments suivants :

INTERROGATOIRE

Bilan de contrôle.

Port de la correction optique.

ACUITE VISUELLE

Correction portée : OD = +3.75 / OG = +7.00 (-0.50 à 45°)

VL A/C OD	10/10	VP A/C OD	P2
VL A/C OG	8/10	VP A/C OG	P2

EXAMEN MOTEUR

Mesure de l'angle : ESE(en Dioptries)

VL S/C et A/C : Orthophorie

VP S/C : E' = 8 A/C : X' = 4 à 6

Motilité oculaire: Normale

EXAMEN SENSORIEL

Verre Rouge : Fusion

Worth : Fusion

Vision stéréoscopique : positive

Synoptophore

S/C et A/C; AO = AS = 0

CONCLUSION

Orthophorie en V

Sur le plan sensuel

Je propose de faire une occlusion totale sur peau de l'

...and the following state can be

Bien à vous

2025 RELEASE UNDER E.O. 14176

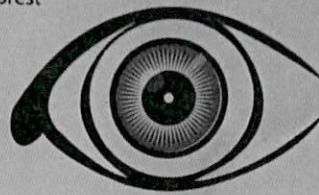
~~SERRA Manzane Ed. FILALI
DOLCEVITA E TUTTOLOGIE
VIA DELLA RISALITA, 1 - CASA
USA - 06 61 63 54 26~~

DR ZINEB LAZRAK

SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Lauréat de faculté de médecine de Casablanca
Ex médecin attachée à l'hôpital universitaire de Brest

Chirurgie de la cataracte
Ophtalmologie pédiatrique
Chirurgie réfractive
Contactologie
Maladies rétinianes
Angiographie numérisée
OCT - Laser - Topographie cornéenne



الدكتورة زينب الأزرق

اختصاصية طب و جراحة العيون

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ببرست فرنسا

جراحة الجلالة

طب عيون الأطفال

تصحيح البصر

العدسات اللاصقة

أمراض الشبكية

فحص و تصوير شبكيّة العين

اللазر - قحمة القرنية

Casablanca le :

25 MAI 2008

Jawli Ryad

Dr. ZINEB LAZRAK
Spécialiste en Ophtalmologie

Fair bi'om al-khaphra

Mme SERRAJ E. FILALI
CENTRE D'ORTHOPISE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 53 31 26

Dr. ZINEB LAZRAK
Spécialiste en Ophtalmologie
CENTRE D'ORTHOPISE - D'ELECTROPHYSIOLOGIE
185, Bd. Abdelmoumen Rés. Walili - Casa
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 53 31 26
Tél: 05 22 26 26 26 - GSM: 06 61 53 31 26

ملتقى شارع مولاي يوسف و رنقة النادود الطابق الثالث رقم 5 (قرب رونو) - الهاتف : 0522 47 53 90
Angle Bd.Moulay Youssef & Rue Nadoud 3^{ème} Etage N°5 (à côté de renault) - Casablanca - Tél : 0522 47 53 90
البريد الإلكتروني : Urgence : 0660 46 15 70 - Email : dr.lazrakzineb@gmail.com


**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/deconnection) Attention

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	320,00	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 : 36 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>) ★★★★★