

## 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 Etage 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

## Déclaration de Maladie

N° W19-447970



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule :

12706

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

El KARRAMI Rhita

Date de naissance :

10/03/1985

Adresse :

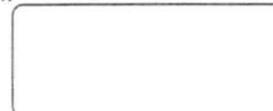
Tél. 0666987545

Total des frais engagés :

500 DT MUPRA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

SAIDI NARIA

Age: 9 mois

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Car plénier et donneur.

Nature de la maladie :

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 : CASABLANCA

Le : 09/10/2019

Signature de l'adhérent(e) :



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.

تحت ورق العلاجات بالنسبة لحال مرض وحدة.

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 وأثنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملاحمات والوثائق الإثباتية إلى التعاهدية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :	توقيع وطابع التأمينية
Date de dépôt du dossier :	ناریخ الإيداع :

CNOPS

Feuille de soins Maladie

Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM T10101  
Réf. ANAM T10101  
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

JAI DI Mouria

55222

710604

AB 111927

ابن X زوج

Conjoint Enfant  
Adresss : Résidence AL Mansour. Imb 46. Apt 4  
BD Ghandi 20 210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 50200 DHS

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

JAI DI MARI

08/11/18

انثى X ذكر

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق :

تاريخ الجلر :

الתאריך المرتبط للولادة :

تاريخ الاستفادة :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

N° INP

Type de soins

Maladie \*

Maternité \*

Hospitalisation \*

Accident \*

مرض

امومة

استشفاء

حادث

Pli confidentiel remis\* :

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

Oui

Non

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

Signature de l'assuré :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

Signature de l'assuré :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منها كلما يبع هذا المطبوع

CDM - 10

جزء من الوحدات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمدة

### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ والمناوب Date d'exécution	النحو المدورة Prix facturé	توقيع و ملابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux

ICD-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

عمليات المساعدين الطبيين

## Actes Paramédicaux

18 JUL. 2019

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

000057671554

Accusé de Réception

N° Réception : 57671554  
(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 12:25  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 500,00  
Nombre de pièces : 2  
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :  
Etablissement :

**Docteur Abdeslam KHAIROUNI**  
**Chirurgie et Orthopédie de l'Enfant**

Professeur de Chirurgie Infantile  
Ancien Interne des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Clinique des Hôpitaux de Paris  
Ancien Chef de Service de l'Hôpital Delafontaine  
Membre de la Société Française  
d'Orthopédie Pédiatrique

**الدكتور عبد السلام خيروني**  
**أستاذ في جراحة الأطفال**

خريج جامعة باريس  
رئيس قسم جراحة الأطفال سابقاً  
عضو الشركة الفرنسية  
لجراحة عظام الأطفال

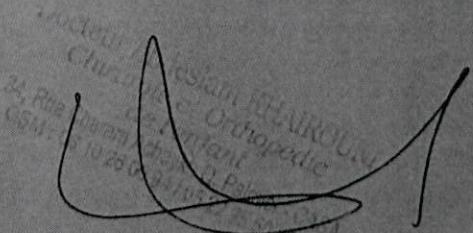
Casablanca le .....

25/5/19

Taïdi Main

✓ Rebis Sacrum fac.

Radiologie Chirurgie  
262 84 6644 - Casablanca  
06 03 2277 45 45



RADIOLOGIE  
GHANDI 282



الفحص بالأشعة  
غاندي 282

Dr. Yahia KETTANI  
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE  
DU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER  
SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée  
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

## Facture

N° :2671/2019  
Casablanca, le 25/05/2019

Nom patient : JAIDI MARIA

Examen(s) réalisé(s) :

RADIOGRAPHIE DU BASSIN DE FACE

Montant : deux cents (200 DH)

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :  
**DEUX CENTS DH**

REGLEMENT : ESPECES

Radiologie Ghandi 282  
282, Bd Ghandi - Casablanca  
Tél. 05 22 77 45 45



Adobe Flash Player est bloqué

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter)     

 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>) 