

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 canalaire, 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 canalaire.

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 à caractère personnel.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>10706</u>	Société : <u>RAN</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>El KARROUNI Rhta</u>
Nom & Prénom : <u>El KARROUNI Rhta</u>			
Date de naissance : <u>10/03/1985</u>			
Adresse : <u>C.R.A</u>			
Tél. : <u>0666957605</u>	Total des frais engagés : <u>399</u> Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<u>04 NOV. 2019</u>			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : <u>Jaidi Eloum</u> Age : <u>24</u>			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : <u>Complainte digestive</u>			
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 : CPSA Signature de l'adhérent(e) : [Signature]
Le : 04/11/2019, 273

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

Identification de l'agent :	توقيع و طابع التغاضدية
Date de dépôt du dossier :	التاريخ البداع :

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاشتراكية إلى التماضدية 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للاستفادة 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.



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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :
رقم الانحراف :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن X العنوان :
Résidence EL MANSOUR Imb. 46

App. 4 Bd Ghandi 20210 Casab

Montant des frais (Dhs) :
مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes :
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :
تاريخ الازدياد :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :
الجنس* :
M ذكر / F أنثى

تعريف الطبيب المعالج :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
نوع العلاجات

N° INP : 00171477000005

Type de soins

Maladie * مرض *
Maternité * أمومة *
Hospitalisation * استشفاء *
Accident * حادث *

Pli confidentiel remis* : Oui Non
Tariхъръмълъжъ :
التاريخ المرتقب للولادة :

Date prévue d'accouchement :

Date d'esthésie :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exacititude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca
le : 09/05/2019
في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le :
في :
توقيع الطبيب المعالج أو المنسقة الصحية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Dr. M. BENNOUAF
PEDIATRE
يمنع منعاً تاماً بطبع هذا المطبوع
220, Bd Ghandi Dar Smaïd
06 61 14 73 72
0529 95 12 10 HASSAN

description des actes effectués

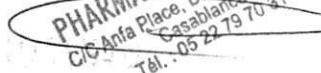
وصف العملات المحلاة

الصورة، الأشعة و الاحياء، عمليات

CIM - 10

جريدة الوصيقات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الcenن المطلوب Prix facturé	توقيع و خاتم الصيدلاني أو مسؤول التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
9/9/19	149	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصورة، الأشعة و الاحياء

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

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

000058349631

Accusé de Réception

N° Reception : 58349631
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JATEI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA
Genre Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date d'ouverture : 12/09/2019 12:40
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 399,00
Nombre de pièces : 1
Code Agent : MPTT031

Code établissement :
Etablissement :

12 SEP. 2019

Archives - 2019
des PMSI - 2019


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app


[/portailapps/www/index.php/assures/auth/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 1](#) [REJET 1](#) [PAYE](#)

● Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

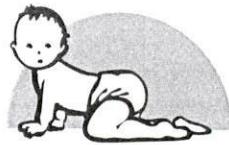
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	28/10/2019	Virement	-	949,00	423,28	46,96	470,24
58349631	12/09/2019	Payé en : 46 jours		JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
58349568	12/09/2019	Payé en : 46 jours		JAIDI MOUNIR	550,00	240,00	27,50	267,50
2	-	07/10/2019	Virement	-	934,80	401,98	47,02	449,00
3	-	29/08/2019	Virement	-	2 980,00	1 359,20	51,46	1 410,66
1	-	16/08/2019	Virement	-	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

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

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 جامعية في فحص المعدة والأمعاء
 بالشاع الداخلي للأطفال (باريس)

09.09.2019

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Nourrisson JAIDI MARIA

Age : 7 mois 9 jours
 Poids : 7,70 Kg

149

PRIORIX VACCIN

une inj en IM



Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA

PEDIATRE
 220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca
 Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

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

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

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

Priorix™

Measles, mumps and rubella vaccine
 Vaccin contre la rougeole, les oreillons et la rubéole
 Vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubéola
 Powder and solvent for solution for injection
 Poudre et solvant pour solution injectable
 Polvo y solvente para solución inyectable
Subcutaneous use or intramuscular use
 Voie sous-cutanée ou voie intramusculaire
 Vía subcutánea o vía intramuscular

ID : 625483
 GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV : 149,00 DH
 6 118001 140923

