

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 traitements canalaire.

Maladie et Affection Langue Runic AIP et ALG

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 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

Nº W19-530755

155
CA

□ A

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input checked="" type="checkbox"/> Optique
Cadre réservé à l'adhérent (e) 26199		
Matricule : 12706	Société : RATI	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : EL KARROURI Rihab		
Date de naissance : 10/03/1985		
Adresse :		
Tél. : 0666957845		
Total des frais engagés : 1064,00 dt		
Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
 <div style="text-align: center;"> 09 MARS 2020 ACCUEIL </div>		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade : JADI MARIA		
Age : 16 mois		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Enfant : <input checked="" type="checkbox"/>		
Nature de la maladie : En dehors		
En cas d'accident précisez les causes et circonstances : 06 MARS 2020		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.		
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis tenu de faire connaître la clause relative à la protection des données personnelles.		
Le : 06/03/2020		
érent(e) : ACCUEIL SIEGE RAM		

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 التعاونية
Date de dépôt du dossier :	_____

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 الإثباتية إلى التعاونية التي تنتهي إليها في غضون 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 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

Signature de l'assuré

Identification de l'agent :	توقيع و طابع التعاونية
Date de dépôt du dossier :	_____



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

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

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي :

JAI DI Maria

رقم الاتخراط :

55222

رقم التسجيل :

710604

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

AB 11927

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

ابن زوج Enfant

العنوان : Résidence El Mansour, Bd Ghandaki
Tmb. 46 Apt 4 20210 Casablanca

مبلغ المصاري (درهم) : 1064,00 DHS

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :

JAI DI Maria

تاریخ الازدياد :

08/11/2018

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

ICE 00171477000005

الجنس :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشد بصفة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca

جرب : 09/11/2019

لـ : ماريا

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

220, Bd. Ouhada, Casablanca - Maroc

اشطب الخانة PEDIATRE

مطبع منعاً كلما يبع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

ج) الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المفروضة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النوع المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلاني أو موظف التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/11/11	814	PHARMACIE ANFA PLACE C/C Anfa Place Bd. de la Corniche R.C. 1 206003

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

الطباطبائی



(/portailapps/www/index.php/assures/auth/login) 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 7](#) [REJET 1](#) [PAYE](#)

❶ 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
- 3	-	02/03/2020	Virement	-	2 348,30	979,78	156,66	1 136,44
60375953	09/01/2020	Payé en : 53 jours		JAIDI MARIA	1 064,00	689,80	135,24	825,04
60375976	09/01/2020	Payé en : 53 jours		JAIDI RYAD	312,70	152,90	12,52	165,42
60376067	09/01/2020	Payé en : 53 jours		JAIDI MARIA	971,60	137,08	8,90	145,98
1	-	30/01/2020	Virement	-	2 700,00	600,00	65,00	665,00
1	-	16/12/2019	Virement	-	300,00	120,00	5,00	125,00
2	-	28/10/2019	Virement	-	949,00	423,28	46,96	470,24
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

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

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

09.11.2019

الدار البيضاء، في Casablanca, le

Nourrisson JAIDI MARIA

Age : 10 mois 2 jours

Poids : 8,90 Kg

814

PREVENAR 13 VACCIN

une inj en IM

PREVENAR 13 SUSP INJ
P.P.V : 814DH00
6118001171057

S.V.

Dr Mohammed Bennighem
Gesäßärzt - Prostataärzt
Tel: 0522 95 18 32 00
Fax: 0522 95 14 73 72

PHARMACIE ANFA PLACE
C/C Anfa Place
Bd. de la Corniche
R.C. : 286003

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220. شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيتزا 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]
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DF

000060375953

Accusé de Réception

N° Réception : 60375953
(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 : 9/01/2020 13:04
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 1064,00
Nombre de pièces : 1
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :