

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 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° W19-530755

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél : 0666957545 Total des frais engagés : 1064,00 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JADI MARIA

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

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je suis conscient de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 06/03/20

Adhérent(e) :

Instructions à suivre

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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطور القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



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 :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Jaidi Manir الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : 55222 رقم الانخراط :
N° Immatriculation : 710604 رقم التسجيل :
N° CIN : AB 111927 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☐ ابن ☒
Adresse : Résidence ED Mansour, BD Ghandi العنوان :
Imb 46 Apt 4, 20210 Casablanca
Montant des frais (Dhs) : 1064,00 DHS مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Jaidi Manir المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : Jaidi Manir الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : 08/11/2018 تاريخ الميلاد :
N° CIN : AB 111927 رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : M ☐ ذكر ☒ F ☐ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : ICE : 001714770000005 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : 091027219 نوع العلاجات
Maladie : INPE : 091027219 تم تقديم الظرف المغلق* : Oui ☐ Non ☒
Date de grossesse : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : تاريخ الحادث :
Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 09/11/2019 في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) Manir

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 09/11/2019 في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins
Manir

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Accueil > Application > assure app

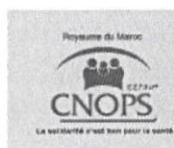
 (/portailapps/www/index.php/assures/authentification)

 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 7

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
- 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
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

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

09.11.2019

Casablanca, le في الدار البيضاء،

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

Laboratoires
pharm S.A.



Dr Mohammed Bennouna
Casablanca

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE

PHARMACIE ANFA PLACE

C/C Anfa Place
Bd. de la Corniche
R.C. : 266003

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) 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 DE

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 :