

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 des données à caractère personnel.



## Declaration de Maladie

N° W21-809575

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAT

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : KARROUMI Rita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse : A 67520

Tél. : 066695755 Total des frais engagés : 540,80

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SAÏDI NARIN

Age : 4

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Complément de dossier

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 07 JUL. 2023

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA

Le : 07/07/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

# EXECUTION DES ORDONNANCES

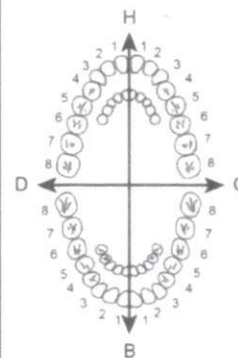
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

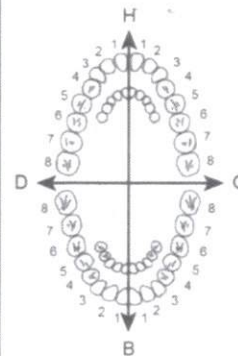
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	



# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
G	
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## 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 وأذنتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 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 طبقا للمساطر 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 : **JAIDIA Mounir** : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **55222** : رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **210604** : رقم التسجيل :  
N° CIN : **AB 111 927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Adresse : **Résidence EP Maassouf, BD Chandi, Imb 46, Apt 4, 20210 Casablanca** : العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **540.800H** : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **1** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **JAIDIA Mounir** : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **JAIDIA Mounir** : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **08/11/18** : تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **AB 111 927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe : **M** : الجنس :  
N° INP : **090027279** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **090027279** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : نوع العلاجات :  
Maladie \* : **مرض** : Pli confidentiel remis\* : **Oui** : تم تقديم الخلف المغلق \* :  
Maternité \* : **أمومة** : Date de grossesse : **01/11/18** : تاريخ الحمل :  
Hospitalisation \* : **استشفاء** : Date prévue d'accouchement : **01/11/18** : التاريخ المرتقب للولادة :  
Accident \* : **حادث** : Date d'hospitalisation : **01/11/18** : تاريخ الاستشفاء :  
Causes : **01/11/18** : تاريخ الحادث :  
Date d'accident : **01/11/18** : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **Casablanca** : حرر في :  
le : **01/11/2023** : في :  
Signature de l'assuré(e) : **JAIDIA Mounir** : توقيع المؤمن له (لها)  
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Casablanca** : حرر في :  
le : **01/11/2023** : في :  
Signature du Médecin traitant : **Dr. Mounir JAIDIA** : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant : **Dr. Mounir JAIDIA** : Cachet et Signature du Médecin traitant

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### وصف العمليات المحررة

CIM - 10

عملیات الاحیاء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP					
INP					
INP					

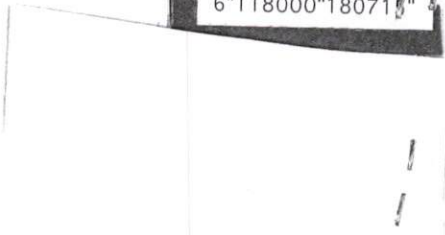
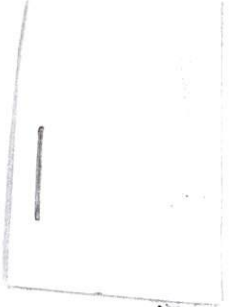
### عملیات المساعدين الطيبين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP					
INP					
INP					

تاريخ التنفيذ  
Date d'exécution

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
414121	140.80 INPE 092047489	<p>PHARMACIE OULMES CASA</p> <p>S.A.R.L.A.U</p> <p>Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06</p>





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

PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L. Casablanca, le 24/04/23

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع  
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

الدار البيضاء، في

19,00

87 Nurodol comp.

Don 17 kg < 41 & 7738

27,40

4 Aspirin comp.

Don 17 kg < 41 & 7738

93,40

3, 0 Jiken comp.

Don 17 kg < 2 < 8 mg

41 Erhus comp

une PHARMACIE OULMES CASA

S.A.R.L. DR. M. BENNOUNA

E-mail: medbennouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - 05 22 95 42 32 - 220, Bd Ghandi - Casablanca

220, Bd Ghandi - Casablanca - Tél: 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

Tél: 0522 36 08 06



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

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

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
1	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
81225567	01/06/2023	Payé en : 27 jours		JAIDI MARIA	540,80	218,56	45,03	263,59
5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92
1	-	30/09/2022	Virement	-	3 841,40	1 320,00	22,50	1 342,50
3	-	05/09/2022	Virement	-	1 489,70	883,34	197,59	1 080,93
1	-	02/09/2022	Virement	-	398,40	188,88	38,24	227,12
1	-	05/07/2022	Virement	-	2 738,51	1 901,60	380,06	2 281,66
2	-	08/06/2022	Virement	-	1 230,90	535,26	112,48	647,74
1	-	05/05/2022	Virement	-	1 107,00	240,00	45,00	285,00