

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.



Déclaration de Maladie

M23- 020635

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10 706

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROURI

Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957555

Total des frais engagés : 587,50

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : RYAD JAI Age : Moins

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Complexité de dommages

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : CASAB

Le : 26/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : RJ

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhésion@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.

RELEVE 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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				<input type="text"/>

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

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشعاير الداخلي للأطفال (باريس)

22.06.2023

Casablanca, le

الدار البيضاء، في



8 051128 636451

LOT 220608

2025/07

PPC : 89,50 dh

Enfant JAIDI RYAD

Age : 11 ans

Poids : 27,50 Kg



1 FITORAX SPRAY GORGE ENFANTS

2 à 3 pulvérisations 3 à 4 fois par jour pendant une semaine

2 OEDES OMÉPRAZOLE 20 MG GÉLULES

2 boîtes

Prendre 1 gélule par jour, pendant 2 mois.



Dr Mohammed Bennouna

Pharmacie Oulmes Casa

S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub

El Mansour - Casablanca

Tél: 0522 36 08 06

PPV 99.00DH

EXP 04/2024

LOT 211484

OEDES 20mg

28 gélules

8 051128 636451

89,50

99,00 x 2

287,50



E-mail : medbenouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - المحمول: 05 22 95 12 32 - الهاتف: 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

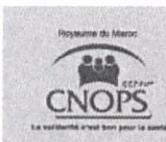


Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Acceuil > Application > assure app



🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)     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	EN COURS DE TRAITEMENT 2	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 2
-------------	--------------------------	------	--------------------------

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
- 2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
81989685	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	3 000,00	1 176,00	286,50	1 462,50
81989377	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	587,50	258,60	54,18	312,78
1	-	28/06/2023	Virement	-	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

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

22 JUIN

description des actes effectués

جسر الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النوع Prix facturé	توقيع و ملابح الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/06/23	287.50 INPE 092047489	PHARMACIE D'ULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies : dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و المصور

Actes Paramédicaux

الطبعة المساعدة/ عمليات

卷之三十一

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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :	توقيع و طابع التغاضدية
Date de dépôt du dossier :	تاريخ الإيداع :

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 وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتضمن إليها في طرف 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 المضروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإختار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

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

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)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

J 8101 RYAD

55222

710604

AB 11327

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

العنوان : Résidence El Hamra, 30 Gouda
Imb 16 App 1 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 587,50

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

J 8101 RYAD

180612

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

091027819

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Date de grossesse :

Hospitalisation *

استشفاء *

Date d'hospitalisation :

Accident *

حادث *

Date d'accident :

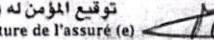
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca
le : 22/06/2023
ج.ر.ب : 22/06/2023

ني :

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e) 

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca
ج.ر.ب : 22 JUIN 2023

للتاريخ المذكور أعلاه
أقر بالبيان المذكور أعلاه أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant après l'assèchement de soins

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع