

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-550207

325 98

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12206 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Raha

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 430,70

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/06/12

Nom et prénom du malade : JAD RYAD

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

Nature de la maladie : Complet de dent

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

Fait à : CASABLANCA Le : 10/07/20

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR 1
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000061283812

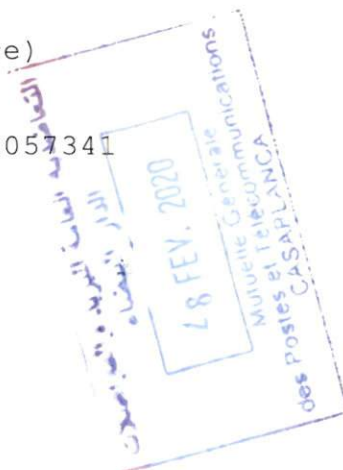
Accusé de Réception

N° Réception : 61283812
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI RYAD
Rang Bénéficiaire : 11

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 28/02/2020 10:55
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 430,70
Nombre de pièces : 6
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :
Etablissement :



شركة CNOPS **ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض** **Assurance Maladie Obligatoire** **Feuille de soins Maladie** **رجوع رقم 1.01.01**

N° Bordereau : N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) **خاص بالمؤمن له (لها)**

Num et prénom : **JAIDI Mounir** **الاسم والعائلي والشخصي**
 N° Affiliation : **55222** **رقم الاشتراط**
 N° Immatriculation : **710 604** **رقم التسجيل**
 N° CIN : **AB111327** **رقم بطاقة التعريف الوطنية**
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له**
 Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☒ ابن ☐
 Adresse : **Résidence El Mansour, BD Ghandi** **العنوان**
Imb 46, Apt 4, 20210 Casablanca
 Montant des frais (Dhs) : **439,70 Dhs** **مبلغ المصاريف (درهم)**
 Nombre de pièces jointes : **1** **عدد الوثائق المرفقة**

Declaration du médecin traitant **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**
 Nom et prénom : **JAIDI Ayed** **الاسم والعائلي والشخصي**
 Date de naissance : **12/06/2012** **تاريخ الميلاد**
 N° CIN : **رقم بطاقة التعريف الوطنية**
 Sexe : **M** ذكر ☒ F أنثى ☐

Identification du médecin traitant **تعريف الطبيب المعالج**

N° INP : **الرقم الوطني الاستدلالي للممارس**
 Type de soins **نوع العلاجات**
 Maladie * ☐ مرض ☐ **Pli confidentiel remis : Oui ☐ Non ☒** **تم تقديم الملف المغلق : " "**
 Maternité * ☐ أمومة ☐ **Date de grossesse :** **تاريخ الحمل**
 Date prévu d'accouchement : **التاريخ المتوقع للولادة**
 Hospitalisation * ☐ استشفاء ☐ **Date d'hospitalisation :** **تاريخ الاستشفاء**
 Date d'accident : **تاريخ الحادث**
 Accident * ☐ حادث ☐ **Causes :** **أسباب الحادث**

الشاهد بصحة كل ما ذكر أعلاه **أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه**
 Fait à : **Casablanca** **Je déclare les informations données sincères et véritables.**
 le : **21/01/2020** **Fait à : 21 JAN 2020**
 Signature de l'assuré(e) : **JAIDI** **Signature de l'établissement de soins : Dr. M. GENNOUNA**
 * Carte d'Identification Nationale du Praticien
 * Carte de membre affilié pour chaque cas
 * La vente de cet imprimé est formellement interdite
 * يجب دفع هذا الملصق

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 بنون
 استشاري في أمراض الأطفال و الرضع
 خريج كلية الطب بليل (فرنسا)
 إلتحاق الولود الجديد
 شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء
 بالتصاع الداخلي للأطفال (باريس)

Casablanca, le **21.01.2020** في القصر البيضاء

Enfant JAIDI RYAD
 Age : 7 ans 7 mois
 Poids : 22.90 Kg

1 TOPLEXIL 0.33 mg/ml sirop - FI/150ml av gob dos
 Prendre une cuillère à mesure 3 fois / jour pendant 8 jours

2 CLARTEC LORATADINE 0.1G/100 ML SIROP
 Prendre 1 cuillère-mesure par jour, pendant 1 mois.

3 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML
 1 boîte
 Donner dose 24 kg toutes les 6 heures si température sup à 38°

4 NURODOL IBUPROFÈNE SIROP
 1 boîte
 Donner dose 24 kg toutes les 6 heures si température sup à 38° en alternance avec Apin

5 OEDS OMÉPRAZOLE 20 MG GÉLULES
 Prendre 1 gélule par jour, pendant 1 mois.

Dr Mohammed Bennouna
Dr M BENNOUNA
PEDIATRE
 220 Bd. Chandi Da (near de Pizza Hut) - Casablanca
 0522 39 53 38 - 06 61 14 73 72

PHARMACIE OULMES
APRAXI HAKIMA
220 Bd CHANDI ET
0522 39 53 38

mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72 : الحمول : 0522 39 53 38 : الفاكس : 05 22 95 12 32 : البيضاء - الهاتف : الطابق 1 : شارع غاندي دار أسماء (قرب بيزا هوت) - الدار البيضاء : 220
 220 Bd Chandi - DAR ASMOUNA (near de Pizza Hut) - 1er étage - Casablanca - Tel : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72



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

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	-	27/04/2020	Virement	-	9 100,00	4 204,00	459,50	4 763,50
4	-	20/04/2020	Virement	-	3 797,80	724,68	71,78	796,46
61283812	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	430,70	222,20	28,36	250,56
61283765	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	818,16	159,20	13,96	173,16
61283545	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI MARIA	399,00	183,28	19,46	202,74
61283670	28/02/2020	Payé en : 52 jours		JAIDI RYAD	2 150,90	160,00	10,00	170,00