

# 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.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

CA

A

<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e) <b>21197</b>		
Matricule :	12706	
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Actif</b>	<input type="checkbox"/> <b>Pensionné(e)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autre</b>
Nom & Prénom : <b>EL KARRouni Rihla</b>		
Date de naissance : <b>10/03/1985</b>		
Adresse :		
Tél. : <b>0666 9525 45</b> Total des frais engagés : <b>312,70 DH</b>		
Cadre réservé au Médecin		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> <b>MUPRAS</b>  <b>09 MARS. 2020</b>  <b>ACCUEIL</b>  <b>JADY RYAD</b> </div>		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :		
Nom et prénom du malade :		
<input type="checkbox"/> <b>Lui-même</b> <input type="checkbox"/> <b>Conjoint</b> <input type="checkbox"/> <b>Enfant</b>		
Lien de parenté :		
Nature de la maladie :		
En cas d'accident précisez 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.		
<b>06 MARS. 2020</b> <b>MUPRAS</b> <b>ACCUEIL SIEGE RAM</b>		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la <b>Loi 09-08</b> relative à la protection des données personnelles.		
Fait à : <b>CLIA 31</b> Le : <b>06/03/2020</b>		
Signature de l'adhérent(e) :		

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

000060375976

Accusé de Réception

N° Réception : 60375976  
(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 : 9/01/2020 13:05  
Lieu de réception : CASA 30102  
Valeur du dossier : 312,70  
Nombre de pièces : 1  
Code Agent : MPTT031

Code Etablissement :  
Etablissement :

garantie de soins

Instructions à suivre

التعليمات لفتح الملف

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	
Signature et tampon de l'assuré	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAN 1.101.01

مربع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي و الشخصي : **JAI01**  
رقم الاشتراط : **55994**

رقم التسجيل : **710604**  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **AB111927**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : ابن

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

العنوان : **Résidence El Menseur BD Ghazi El**

**Imb 46 Appt 4 1050 Casablanca**

مبلغ المصاري (Dhs) : **212,70 DHS**

عدد الوثائق المرفقة : **1**

صورة الخاتم العائلي

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : **JAI01 Ryad**  
تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **180612**

الجنس : **M** ذكر

صورة الخاتم العائلي

الرقم الوطني الاستدلالي للملحق

N° INP : **1001147700005**

نوع العلاجات

INPE : **091027219**

تم تقديم الظرف المقلق \* : **Oui**  Non

تاريخ الحمل :

Date de grossesse :

التاريخ المرتب للولادة :

Date prévue d'accouchement :

تاريخ الاستشارة :

Date d'hospitalisation :

تاريخ الحادث :

Date d'accident :

أسباب الحادث :

أصرح بصدقانية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

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

Fait à : **Carabache** جربة

le : **16/11/2019** في :

توقيع المؤمن له (يده) : **Ryad**

Signature de l'assuré (e) : **Ryad**

أصرح بصدقانية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : **CAR** جربة

le : **16 NOV 2019** في :

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Dr M. BENNOUNA

PEDIATRE

\* أطلب الخاتم

La vente de cet imprimé est formellement interdite

220, Bd. Ghazi El Asna Casablanca

0522 95 1232 Urgence 06 61 473 72

CM-310

التاريخ الميلادي Date d'exécution	المبلغ المالي : Prix facturé	توقيع وطلب المصدق او المصادق Signature et/ou Tampon et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
16/11/19	62,70 INP : 092047489	
	INP :	
	INP :	
	INP :	

JNP:

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - 6<sup>e</sup> révision

Actes Paramédicaux

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)

16.11.2019

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

**Enfant JAIDI RYAD**

Age : 7 ans 4 mois

Poids : 21,50 Kg

1 TORLEXIL 0,33 mg/ml sirop : Fl/150ml av gob dos

Prendre une cuillère à mesure 3 fois / jour pendant 8 jours

100ML 20MG GLÉP SUSP BUV SACHETS

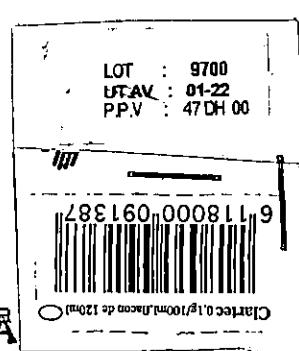
Prendre 1 sachet par jour, pendant 1 mois.

3 CHARTEG SOLUTION BUVABLE 1 MG / 1 ML

1 boite

Prendre 1 cuillère-mesure par jour, pendant 1 mois.

100ML 20MG  
TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML  
P.P.V : 150H70  
6 118000 060901



Dr Mohammed Bennouna  
**Dr. M. BENNOUNA**  
PEDIATRE  
220, Bd. Ghandi Dar Asmaa - Casablanca  
Tél. : 0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

220، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيتزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف : 05 22 95 12 32 - المحمول : 05 22 39 53 38 - الفاكس : 05 22 39 53 38 - GSM : 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


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil &gt; Application &gt; assure app


[/portailapps/www/index.php/assures/auth/connexion](#) [Accès](#) [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	680,00	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>)

