

# 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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° W19-530753

CA

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Raha

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666 9575 45 Total des frais engagés : 312,70 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JAD RYAD

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

Fait à : OUSAJLA

Signature de l'adhérent(e) : Le : 06/03/20

MR MOUNIR JAIDI  
AV GHANDI RES AL MANSOUR 1  
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

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأدويتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التحاددية 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.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التحاددية

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  
مراجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : JAIDI Fawzan  
N° Affiliation : 55222  
N° Immatriculation : 710604  
N° CIN : AB1111927  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☐ ابن  
Adresse : Résidence EP Tensour BD Ghazali  
Imb 46 Apt 1 20210 Casablanca  
Montant des frais (Dhs) : 312,70 DHS  
Nombre de pièces jointes : 1  
مبلغ المصاريف (درهم)  
عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : JAIDI Ryad  
Nom et prénom : 180612  
Date de naissance :  
N° CIN :  
Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى  
المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي والشخصي  
تاريخ الإزداد  
رقم بطاقة التعريف الوطنية  
الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : ICE:00171477000005  
Type de soins : INPE:091027219  
Maladie \* ☐ مرض  
Maternité \* ☐ أمومة  
Hospitalisation \* ☐ إستشفاء  
Accident \* ☐ حادث  
رقم الوطني الاستدلالي للمراض  
نوع العلاجات  
تم تقديم الخلف المعلق \* : Oui ☒ Non ☐  
Date de grossesse :  
Date prévue d'accouchement :  
Date d'hospitalisation :  
Date d'accident :  
Causes :  
تاريخ الحمل  
التاريخ المرتقب للولادة  
تاريخ الإستشفاء  
تاريخ الحادث  
أسباب الحادث

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Faites sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : 16/11/2019  
Le : 16/11/2019  
توقيع المؤمن له (ها)  
Signature de l'assuré (e)

أصحر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations données sincères et véritables.  
Fait à : 16/11/2019  
Le : 16/11/2019  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins  
Dr M. BENNOUNA  
PEDIATRE

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

720, Bd. Ghazali Agence Casablanca

0522 95 12 92 Urgence 06 61 14 73 72



*Dr. Mohammed Bennouna*

**PEDIATRE**

Diplômé de la Faculté de Médecine  
de Lille (France)

Réanimation Néonatale

ph. Métérie, 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 ..... في الدار البيضاء،

**Enfant JAIDI RYAD**

Age : 7 ans 4 mois

Poids : 21,50 Kg

1 TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : FI/150ml av gob dos

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

1 VEXIUM 20 MG GLÉ P SUSP BUV SACHETS

Prendre 1 sachet par jour, pendant 1 mois.

3 CURTES SOLUTION BUVABLE 1 MG / 1 ML

1 boîte

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



LOT : 19E001  
PFA: 06 2021

TOPLEXIL  
SIROP FL 150 ML

P.P.V : 15DH70



6 118000 060901

LOT : 9700  
UTAV : 01-22  
PPV : 47 DH 00



Curtes 0,1g/100ml (Macon de 120ml)

Dr Mohammed Bennouna  
**Dr M. BENNOUNA**  
**PEDIATRE**


220, Bd. Ghandi Dar Asmaa - Casablanca  
Tel : 0522 95 12 32 Urgence : 06 61 14 73 72


E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma


220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) 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




Accueil &gt; Application &gt; 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>)

★★★★★