

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-532129

CP
25149



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 13058	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : BANNOUR DORSAF			
Date de naissance : 27 - 08 - 1981			
Adresse : Résidence les champs 4 ALTECH Nassim - Sidi Maâoul - Casa			
Tél. : 06 34 62 28 20 Total des frais engagés : 388,5 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
	
Date de consultation : 15 MARS 2020	
Nom et prénom du malade : Benhmanni Farah Age : 3ans	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Grippe -	
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 : Casablanca Signature de l'adhérent(e) : Farah
Le : 13/10/2020

Signature : Farah

Instructions à suivre

التعليمات التي يتلقاها المعاشر

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 un 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.

Carte et élément de la mutuelle	نوع و شكل التأمينية
MGEN	
24 FEV. 2020	
Identification de l'agent	
Date de dépôt du dossier	تاريخ الإيداع
CASABLANCA	



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

Feuille de soins pour les
Affections de longue Durée

N° Bordereau : N° Dossier :

بيان بالخصوص له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : **BENHNINI FOUAD**
رقم الانفراط : **BA 44464**
رقم التسجيل : **BBM 983543**
رقم بطاقة التعريف الوطنية : **DIST 38185**
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن ○ ابنة ○

العنوان : **Imm C App M résidence le champs 24
Ennalam Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **388,5 Dhs**
Nombre de pièces jointes : **4**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins
الإسم العائلي والشخصي : **Benhnini Fouad**
تاريخ الازدياد : **06/07/2016**
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس : ♂

تصريح الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **01010118**
نوع العلاجات
Type de soins
Admission ALD* : **Oui** **Non**
N° dossier ALD* :
Code ALD : **|||||**

قبول المرض المزمن : **Oui** **Non**
رقم ملف المرض المزمن :
رقم المرض المزمن :

تم تقديم الطرف المفلق : **Oui** **Non**
تاریخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **Casablanca** le : **24/02/2020** في : **لهم** توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) **BENHNINI**

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

Fait à : **Casablanca** le : **24/02/2020** في : **لهم** توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* احضر الطائرة

يمنع نسخها أو إعادتها بغير هذا المذكرة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectiés

وصف العمليات المجرات

CIM · 10

تم تسييرها و التجييرات المحلية

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و ملابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الفن المغور Prix facturé	تاريخ التفويض Date d'exécution
PHARMACIE H₂O 326, Lot. Nassim Quartier NASSIM MA-20190 CASABLANCA Tél/Fax: 05.22.89.05.00 www.ph2o.ma	138,50	13/02/20
INP : 992081678		INP : [REDACTED]
INP : [REDACTED]		INP : [REDACTED]

CDM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

حقوق الإنسان والبيئة

Actes Paramédicaux

Digitized by srujanika@gmail.com

Royaume du Maroc



MR FOUAD BENHNINI
LOT NASR IMM 116 N°17

TEMARA
12000 TEMARA PPL

000061194277

N° Réception : 61194277
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHNINI FOUAD

Immatriculation : 93823543 / 500459953

Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHNINI FARAH

Rang Bénéficiaire : 12

Type dossier : FEUILLE DE SOINS

Date et heure : 24/02/2020 14:58

Lieu de réception : CASA SIEGE 90138

Valeur du dossier : 388,50

Nombre de pièces : 4

Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :

Etablissement :

https://eservices.cnops.org.ma/portailapps/www/index.php?personne=en/deconnecte/2020/les_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

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	1 668,40	794,37	92,85	887,22
61194265	24/02/2020	BENHNINI FOUAD	1 279,90	667,23	86,22	753,45
61194277	24/02/2020	BENHNINI FARAH	388,50	127,14	6,63	133,77

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

★★★★★

Docteur Khalil MSAYIF

PEDIATRE

Pédiatrie Générale - Puériculture - Urgences
Réanimation Néo-natale
Diplômé de la faculté de St Etienne
Ancien Pédiatre des Hôpitaux de France

الدكتور خليل مصيف

إخلاصي في أمراض الأطفال والرضع

إنعاش الرضيع - المستعجلات

خريج كلية الطب بسانستيبان

طبيب سابق بالمستشفيات الفرنسية

Nom & Prénom :

BEN HABIBI Farah

Casablanca, le

Poids :

18,30

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50

18,50