

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-807055

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUMI

Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545

Total des frais engagés : 269,20 DA

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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'atté 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 : 16/06/2018

Signature de l'adhérent(e) :



Authorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

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'agent

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Signature de l'agent :

Instructions à suivre

Procurer une feuille de soins par personne et par événement.

Il faut fournir une feuille de soins avec 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.

Il faut fournir une feuille de soins avec toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire) dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf si 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.

Signature et tampon de l'agent

Signature de l'agent :

Signature de l'agent :

Document de soins

Feuille de soins

Feuille de soins



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM : 1.1.01.01

Numéro de dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : JAIDI Mounir

55222

N° Affiliation :

710604

N° Immatriculation :

AB 111927

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

adresse : résidence EP Nasser Imb 16, Appart 4
BD Ghandi 9520 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 469,20 Dhs

Nombre de pièces jointes : 1

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

JAIDI MARIA

03/11/2018

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر امرأة

Identification du médecin traitant

N° INP

INPE: 091027219

Type de soins

Maladie * مرض * أمومة *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité * مرض * حادث *

Date de grossesse :
Tariqat al-taqib li-l-wilada :

Hospitalisation * استشفاء * حادث *

Date prévue d'accouchement :
Tariqat al-astishfa :

Accident * حادث *

Date d'hospitalisation :
Tariqat al-hadath :

Fait à :
le : 13/03/2023

Date d'accident :
Causes :

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

Fait à :
le : 13/03/2023

Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à :
le : 13 MAR 2023

توقيع طبيب المعالج أو المسئولة المساعدة
Signature du médecin traitant ou de la personne chargée de son établissement
Signature du médecin traitant ou de la personne chargée de son établissement
Signature du médecin traitant ou de la personne chargée de son établissement

Cachet et Signature de l'agent et de l'assuré
Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :
Signature de l'assuré (e) :

DN M. BENNOUAF
PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca

يمنع طباعة الطبيب المعالج أو المسئولة المساعدة
Printing of the physician or the responsible person is prohibited

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Tél 0522 85 12 82 - 0522 85 14 72 - 0522 85 14 72

description des actes effectués

صف العمليات المحراة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التسلیم Date d'exécution	النحو المطلوب Prix facturé	توقيع و ملابح الصيادي أو مومن التسلیم Signature et Cadre du Pharmacien et/ou Fournisseurs des moyens médicaux
13/03/23	169,20 iNPE INP : 092047489	S.A.R.L.A.O Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06
	INP :	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

الطباطبائی



Authentification

Déconnexion

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 1

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

💡 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
- 5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
80155409	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	503,40	120,00	22,50	142,50
80154973	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	300,00	120,00	22,50	142,50
80152450	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI MARIA	469,20	238,44	49,57	288,01
80152555	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI RYAD	677,30	231,09	47,89	278,98
80153986	04/04/2023	Payé en : 57 jours		JAIDI MARIA	300,00	120,00	22,50	142,50
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
1	-	30/09/2022	Virement	-	3 841,40	1 320,00	22,50	1 342,50
3	-	05/09/2022	Virement	-	1 489,70	883,34	197,59	1 080,93
1	-	02/09/2022	Virement	-	398,40	188,88	38,24	227,12

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

Tél: 0522 36 08 06

13.03.2023

Casablanca, le في الدار البيضاء،



الدكتور محمد بنونة

اختصاصي في أمراض الأطفال والرضع

خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء

بالشاع الداخلي للأطفال (باريس)

Enfant JAIDI MARIA

Age : 4 ans 4 mois

Poids : 17,50 Kg

S.V



1 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML

8,40 boite

Donner dose 18 kg toutes les 6 heures si température sup à 38°

S.V

2 NURODOL IBUPROFÈNE SIROP

3,00 1 boite

Donner dose 18 kg toutes les 6 heures si température sup à 38° en alternance avec Apir.

3 TOPLEXIL 0,33 mg/ml sirop : Fl/150ml av gob dos

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

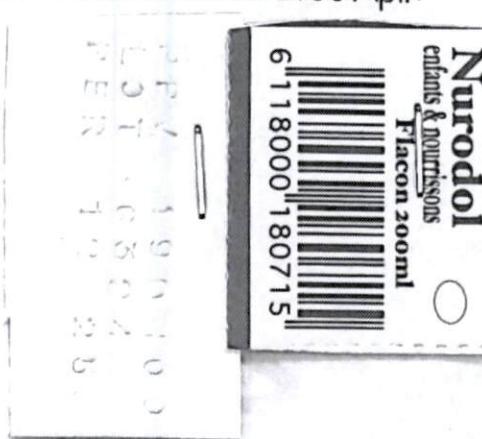
4 FITORAX SPRAY GORGE ENFANTS

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

5 OFIKEN SIROP ENFANT 60 ML

3,40 Prendre 18 doses/kg le matin et le soir, pendant 8 jours.

S.V



6 STODAL sirop : Fl/200ml

1 boite

Donner une cuillère à mesure 3 fois par jours pendant 8 jours

169,20

Dr Mohammed Bennouna

E-mail : bennouna-mohammed@menara.ma

06 61 14 73 72 (الهاتف: 05 22 95 12 32 - الفاكس: 05 22 39 53 38) - المحمول: 06 61 14 73 72
220، شارع غاندي، دار أسماء (فرع 2) (Bo Ghandi Dar Asmaa) - 1er étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - Fax : 05 22 39 53 38 - GSM : 06 61 14 73 72

Dr. M. BENNOUNA
PÉDIATRE
Bo Ghandi Dar Asmaa - Casablanca
Urgence: 05 22 39 53 38
Urgence: 05 22 39 53 38



OFIKEN 100 mg/5 ml
Poudre pour suspension buvable
Flacon de 500 g
Rémunérable AMM

