

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

- Reclamation : 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.

M23- 020649

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El KARRouri Rihab

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél : 0666957545 Total des frais engagés : 648,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : TAIDI RYAD Age : 21

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : 13 OCT 2013

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 : CHRA Le : 13/10/2013

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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

Identification de l'agent :	توقيع و طابع التعاقدية
Date de dépôt du dossier :	تاریخ الایدیع :

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتردة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تدّخرت 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيُعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي :
N° Bordereau :
N° Dossier :

رقم الانحراف :
N° Immatriculation :
N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن X

العنوان :
Adresse :
Résidence El Hamra, Bd Ghandi
Tunis, Appt 4, 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) :
Mبلغ المصاري (درهم) :
648,700 DHS

Nombre de pièces jointes :
عدد الوثائق المرفقة :
2

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe : ○ ذكر ○ امرأة M X F

رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس :
Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
051-27279

تعريف الطبيب المعالج

الإسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° INPC :
Sexe : ○ ذكر ○ امرأة M X F

نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق : ○ Oui ○ Non

تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
Date prévue d'accouchement :
Date d'accouchement :
Date d'accident :
Date d'hospitalisation :
Causes :
أسباب الحادث :
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à :
جرب :
le :
Signature de l'assuré (e)
Signature de l'assuré (e)
أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :
جرب :
le :
Signature de l'assuré (e)
Signature de l'assuré (e)
أشطب الخانة
* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Dr. M. BENNOURA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi El Asmaa Casablanca
Tunis, 0522.95.12.22 Urgence 06 51 14 73

description des actes effectués

٤٠ وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزودة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الценن المغور Prix facturé	هذا هو المصدري أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et ou Fournisseurs des Dispositifs Médicaux
20/7/23	217,10 INPE 092047489	PHARMACIE S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06
11/07/23	130.90 INPE 092047489	PHARMACIE OULMES S.A.R.I.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

الطبين المساعدات

Actes Paramédicaux



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app



(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deConnexion) Connexion 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 3	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
- 2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
82628310	28/08/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI MOUNIR	316,00	202,65	34,32	236,97
82628150	28/08/2023	Payé en : 35 jours		JAIDI RYAD	648,70	319,85	68,18	388,03
1	-	08/09/2023	Virement	-	2 170,31	1 577,11	385,35	1 962,46
2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
1	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
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

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

★★★★★

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 و الرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد
شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

14.07.2023

الدار البيضاء، في Casablanca, le

33,00

Enfant JAIDI RYAD

Age : 11 ans

Poids : 28,10 Kg



1 SPECTRUM GOUTTES AURICULAIRES



97,90

Mettre 2 gouttes 3 fois / jour dans chaque oreille pendant 8 jours

2 OFIKEN 200 MG COMPRIMÉ



Prendre 1/2 comprimé le matin et le soir, pendant 8 jours.

130,90

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U

Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca
Tél 0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72



LOT 222292
EXP 06 24
PPV 97.90 DH

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220، شارع خاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - 06 61 14 73 72 - المحمول: 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

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

إختصاصي في أمراض الأطفال والرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة والأمعاء
بالشعار الداخلي للأطفال (باريس)

10.07.2023

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Enfant JAIDI RYAD

Age : 11 ans

Poids : 28,10 Kg

1 POLYDEXA sol auric : Fl/10,5ml
1 boîte

Mettre 2 gouttes 3 fois par jour dans chaque oreille pendant 8 jours

2 2 OTIPAX sol p instil auric : Fl cpte gtt/16g

Mettre 5 gouttes dans l'oreille si douleur auriculaire 3 fois/jour

3 COTIPRED 20 MG CP EFFERVESCENT
1 boîte

Prendre 1 et 1/2 comprimé par jour, après le repas, pendant 6 jours.

4 GAMRH 250 MG CP

ARMACIE OUIMES CASA
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca

Prendre 1 comprimé le matin et le soir, pendant 8 jours.

5 DOLIPRANE 500 mg cp efferv : 2T/8

1 boîte
Prendre un comprimé 3 fois par jour si température sup à 38°

PPV: 40DH00

PER: 03/26

LOT: M764

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables



6 118000 041016

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 : medbennouna09@gmail.com

220- شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزا هوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 06 61 14 73 72

220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

