

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.



Déclaration de Maladie

M23-020649

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12206 Société : RAN
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : A. KARROUNI Rihab
Date de naissance : 10/03/1985
Adresse : 17 8845
Tél : 066957545 Total des frais engagés : 648,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2012 / 10 / 23
Nom et prénom du malade : SAID RYAD Age : 11 ans
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant
Nature de la maladie : Ca. ob.
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie
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 Le : 13/10/23
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

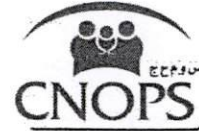
سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

توقيع وطابع التعاقدية	Cache et signature de la mutuelle
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
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : JAIDI AYAD
N° Affiliation : 55222
N° Immatriculation : 710604
N° CIN : AB111927
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☒ Enfant ☐ ابن
Adresse : Résidence El Mansour, 30 Ghandi
Tab 16, Apt 4, 20210 Casablanca
Montant des frais (Dhs) : 618,300 DHS
عدد الوثائق المرفقة : 2

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي : JAIDI AYAD
Date de naissance : 18/06/12
N° CIN :
Sexe* : M ☒ ذكر ☐ F ☐ أنثى
تاريخ الميلاد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلاي للممارس : 051027216
نوع العلاجات :
تم تقديم الظرف المغلق* : Oui ☐ Non ☒
تاريخ الحمل :
Date de grossesse :
التاريخ المرتقب للولادة :
Date prévue d'accouchement :
تاريخ الإستشفاء :
Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث :
Date d'accident :
أسباب الحادث :
Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à :
le : 10/07/2023
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) :
أصرح بصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le : 10/07/2023
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

DR. M. BENNOUNA
PEDIATRE
220, Bd Ghandi Dar Asmaa Casablanca
Tél: 0522 95 12 22 Urgence 0521 14 73 74

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]



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

Accueil > Application > assure app

[\(/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter\)](#) [Ma Situation](#) [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

إختصاصي 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

Casablanca, le في الدار البيضاء

Enfant JAIDI RYAD

Age : 11 ans

Poids : 28,10 Kg

33,00

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.

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 Asmaa - Casablanca
Tél 0522 95 12 32 Urgence 06 61 14 73 72



E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيزاهوت) 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

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 و الرضع
خريج كلية الطب بليب (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء

بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

10.07.2023

Casablanca, le في الدار البيضاء

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 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 5 jours.

4 DOLIPRANE 500 MG CP

1 boîte

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°

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 بيزاهوت) 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

PHARMACIE OULMES CASA
S.A.R.L.A.U
Angle Bd Ghandi et Yacoub
El Mansour - Casablanca
Tél: 0522 36 08 06

PPV: 40DH00
PER: 03/26
LOT: M764

Cotipred® 20 mg
prednisolone
20 comprimés effervescents sécables
6 118000 041016

