

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



## Déclaration de Maladie

W21-837076

### 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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.

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KARROUNI RHITA

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 488,00

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAIDI NAKIA Age : 5

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Complément

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'at 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 : 15/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT



## 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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 للاستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

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  
مراجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **JAIDI Mounir** الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **55222** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **710604** رقم التسجيل :  
N° CIN : **AB 11927** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :  
Adresse : **Résidence EP Mansour Im 2 46, Apt 4 20210 Casablanca** العنوان :  
Montant des frais (Dhs) : **188.00** مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **1** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **JAIDI Mounir** المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : **JAIDI Mounir** الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : **09/11/1988** تاريخ الميلاد :  
N° CIN : **AB 11927** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** ذكر الجنس\* :  
F **X** أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091927 219** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins : **091927 219** نوع العلاجات :  
Maladie\* : **091927 219** مرض\* :  
Maternité\* : **091927 219** أمومة\* :  
Hospitalisation\* : **091927 219** استشفاء\* :  
Accident\* : **091927 219** حادث\* :  
Pli confidentiel remis\* : **Oui** تم تقديم الملف المغلق\* :  
Date de grossesse : **091927 219** تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : **091927 219** التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : **091927 219** تاريخ الاستشفاء :  
Date d'accident : **091927 219** تاريخ الحادث :  
Causes : **091927 219** أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **Casablanca** حرر بـ :  
le : **23/09/2023** في :  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e) : **JAIDI Mounir**

أصبح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **Casablanca** حرر بـ :  
le : **23/09/2023** في :  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : **DR. M. BENNOUNA**

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* اشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع



description des actes effectués      وصف العمليات المجراة      Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie      عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
23/09/23	C7			300	

CIM - 10

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموتة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الذمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseur des dispositifs médicaux
23/09/23	188,00	PHARMACIE OULMES CASA S.A.R.L.A.U Angle Bd Ghandi et Yacoub El Mansour - Casablanca Tél: 0522 36 08 06

Actes Paramédicaux      عمليات المساعدين الطبيين

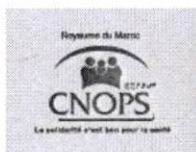
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



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

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/mon-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 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
- 1	-	02/01/2024	Virement	-	488,00	137,15	26,42	163,57
84348682	23/11/2023	Payé en : 40 jours		JAIDI MARIA	488,00	137,15	26,42	163,57
2	-	29/11/2023	Virement	-	1 619,80	233,18	40,08	273,26
2	-	03/11/2023	Virement	-	4 163,91	2 498,17	529,78	3 027,95
2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
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)

**23.09.2023**

Casablanca, le ..... في الدار البيضاء

**Enfant JAIDI MARIA**

Age : 4 ans 10 mois

Poids : 17,40 Kg

1 APIRETIL SOLUTION ORALE 100 MG / ML

1 boîte

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

2 NURODOL IBUPROFÈNE SIROP

1 boîte

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

3 ULTRA LEVURE 250 MG SACHETS

67,00 Prendre 1 sachet le matin et le soir, pendant la diarrhée

4 TIORFAN 30 mg pdre oral enf : 30Sach-dose

28,10 Donner un sachet 3 fois par jour pendant la diarrhée

5 FLAGYL 4% susp buv : FI/120ml

1 boîte

32,00 Donner 1 cuillère à mesure ei demi 2 fois / jour pendant 8 jours



Dr Mohammed Bennouna

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

Angle Bd Ghandi et Yacoub  
El Mansour - Casablanca

E-mail : medbennouna09@gmail.com

220, Bd Ghandi, دار أسماء (قرب بيزاهوت) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - الفاكس: 06 61 14 73 72  
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1<sup>er</sup> étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

7356  
BIOCODEX MAROC PPV 67.00 DH

Fab :  
صنع :  
01/23 01/26  
صالح لمدة :  
20 sachets

6 118001 310135

ULTRA-LEVURE 250 mg

Lot : رقم الحصة : SXE3030  
Date de fab. : تاريخ الصنع : 02/2023  
Péremption : انتهاء الصلاحية : 01/2025

TIORFAN® 30mg  
Boite de 30 sachets-dose  
P.P.V : 88.10 Dhs

6 118001 184651

Maphar  
Km 10, route côtière.111  
QI-Zenata, Ain Sebaâ, Casablanca