

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit d'actes répétés en plusieurs séances ou actes globaux comportant un ou plusieurs échelons dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 28
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.ma

FEUILLE DE SOINS 1627500

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : **EL KARROUNI Rhita**
Matricule : **12706** Fonction : Poste : **26**
Adresse :
Tél. : **0666957545** Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : **JAIDI MARIA** Age : **08** / **11** / **11**
Lien de parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☒
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : **Complément**
S'il s'agit d'un accident : causes et circonstances
11 JUL 2019
A **CASA** le **11** / **07** / **19** Signature et cachet du médecin
Durée d'utilisation 3 mois

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Nos des es	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et Signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et Signature du Médecin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et Signature du praticien	Dates des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient					
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>				
				MONTANT DES SOINS <input type="text"/>				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>				
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td colspan="2"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </td> <td colspan="2"> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </td> </tr> </table>			H 25533412 00000000 D 00000000 35533411		21433552 00000000 G 00000000 11433553 B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANT DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H 25533412 00000000 D 00000000 35533411		21433552 00000000 G 00000000 11433553 B						
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأشتملتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتضمن 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 التعريفة 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 للمسطور القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01 Ref ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **J AIDI Maria** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **55222** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **710604** : رقم التسجيل :
N° CIN : **11927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له* :
Adresse : **Résidence El Manssour Imb 46. Apt 4** : العنوان :
Montant des frais (Dhs) : **250,00 DHS** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **0** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **J AIDI Maria** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : **J AIDI Maria** : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **08/11/18** : تاريخ الازدياد :
N° CIN : **11927** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe* : **M** : الجنس* :
M : ذكر F : أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **ICE : 00171477000005** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : **ICE : 00171477000005** : نوع العلاجات :
Maladie* : **مرض** : تم تقديم النظر المغلق* : **Oui** :
Maternité* : **أمومة** : تاريخ الحمل : **09/10/2019** :
Hospitalisation* : **أستشفاء** : التاريخ المرتقب للولادة : **09/10/2019** :
Accident* : **حادث** : تاريخ الاستشفاء : **09/10/2019** :
Causes : **09/10/2019** : تاريخ الحادث : **09/10/2019** :
Date d'accident : **09/10/2019** : أسباب الحادث : **09/10/2019** :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Casablanca** :
le : **03/04/2019** :
Signature de l'assuré (e) : **[Signature]**
أصرح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casablanca** :
le : **03 AVR 2019** :
Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins : **DR. M. BENNOUNA**
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

220, Bd. Oued Dar Assaf - Casablanca
Tél : 0522 95 12 32 Urgences : 06 61 14 73 72

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR I
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DI

56647214

Accusé de Réception

1. Réception : 56647214
(à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Matriculation : 33710604 / 100057341
Nom Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA
N° d'identification : 12

Nom du dossier : FEUILLE DE SOINS
Date de réception : 13/05/2019 9:15
N° du dossier : RABAT 30610
N° de pièces : 250,00
N° de suivi : 1
N° de suivi : MPTT005

N° d'établissement :
N° d'abonnement :

09 JUL. 2019
des Postes et T.S.F.

09/07/2019

assure app | CNOPS


[Assurés](#) | [Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Réalisation SQLi



Cliquez pour activer Adobe Flash Player.

Accueil > Application > assure app

 (/portailapps/www/index.php/assures/authentification)
  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

REJET 2

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	10/06/2019	Virement	-	1 314,00	809,80	140,24	950,04
56647049	13/05/2019	Payé en : 27 jours		JAIDI MARIA	1 064,00	689,80	135,24	825,04
56647214	13/05/2019	Payé en : 27 jours		JAIDI MARIA	250,00	120,00	5,00	125,00
4	-	13/05/2019	Virement	-	1 997,00	782,90	63,02	845,92
2	-	22/04/2019	Virement	-	2 396,00	658,60	105,68	764,28
3	-	05/03/2019	Virement	-	2 289,40	1 347,58	41,30	1 388,88
6	-	18/02/2019	Virement	-	2 882,71	1 470,55	226,84	1 697,39
1	-	28/01/2019	Virement	-	1 800,00	120,00	5,00	125,00
1	-	27/11/2018	Virement	-	5 000,00	2 340,00	0,00	2 340,00
1	-	12/11/2018	Virement	-	500,00	240,00	27,50	267,50

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

★★★★★