

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
 VS = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
 PC = Acte de pratique médicale courant 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 échelonnements
 - 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



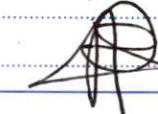
MUPRAS

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

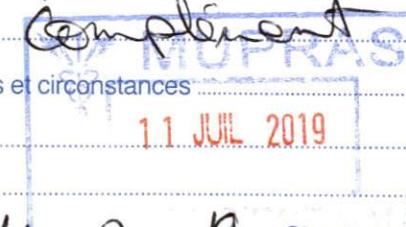
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 05 22 91 26 46 / 2648 / 2649 / 28
FAX : 05 22 91 26 52
TELEX : 3998 MUT
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc

FEUILLE DE SOINS 1627500

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : EL KARROUNI RITA
 Matricule : 12706 Fonction :
 Adresse :
 Tél. : 0666957545 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : JAHDI MARIA Age 50 18 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
 Durée d'utilisation 3 mois
 A  le 11/07/19 Signature et cachet du médecin


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Nom 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التأمينية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : تاریخ الایدیع :	

تعليمات يجب اتباعها

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 المشتركة وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المعاهدية التي تتبعون 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً لمساطر 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
Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

حاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : **J AIDI Mounir**

N° Affiliation :

55222

N° Immatriculation :

710604

N° CIN :

881927

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

Conjoint زوج Enfant ابن **K**

Adresse : **Résidence El Menzah, Tmb 46, Appt 4
20210 Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **250,00 DHS**

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **J AIDI Maria**

Date de naissance :

08/11/18

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر أنثى **F**

Identification du médecin traitant

N° INP

ICE : 0017147700005

Type de soins

Maladie *

Maternité *

Hospitalisation *

Accident *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date de grossesse : **INPE : 091027219**

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* :

ناريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستئناف :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

أشهر بصفة كل ما ذكر أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : **Casablanca** حرب : le : **03/04/2019** في : **03 AVR 2019**

توقيع المؤمن له (لها) : **Signature de l'assuré (e)**

Signature de l'assuré (e) **[Signature]**

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : le : في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة المساعدة

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

DR. M. BENNOUAR

PEDIATRE

اشطب الخانة

يمنع بيع و تبديل هذا الطابع

220 Bd. Chouïeb Daïa Aïcha - Casablanca

Tél. : 0522 95 42 32 Urgence : 06 01 47 37 22

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموجة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و ملابح الصيدلي أو موئن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان المختار Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR 1
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DI

5667214

Accusé de Réception

Perception : 56647214
(A rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom du Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Numéro d'identification : 33710604 / 100057341
Nom du Prénom Bénéficiaire : JAIDI MARIA
Numéro d'identification : 12 [Signature]
Document : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 13/05/2019 9:15
Lieu de réception : RABAT 30610 [Signature] 09 JUIL. 2019
Nombre de dossier : 1 [Signature] des Postes et Télécommunications
Nombre de pièces : 1 [Signature] MPTT005
Montant : 250,00 [Signature]
Type d'établissement :
Adressant :

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

© CNOPS - 2009 ~ Tous droits réservés
Réalisation SQLI


**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Cliquez pour activer Adobe Flash Player.

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Accès à l'application

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		JAIIDI MARIA	1 064,00	689,80	135,24	825,04
56647214	13/05/2019	Payé en : 27 jours		JAIIDI 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>) ★★★★☆