

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

| | | | |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : <u>12706</u> | Société : <u>RAM</u> | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : <u>E KARROUNI RITA</u> | | | |
| Date de naissance : <u>10/03/1985</u> | | | |
| Adresse : <u>CASA</u> | | | |
| Tél. : <u>06 66 957 545</u> | Total des frais engagés : <u>500</u> | Dhs | |

| | | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : | | | |
| Nom et prénom du malade : <u>JAHIA MARIA</u> Age : <u>11 mois</u> | | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint | <input checked="" type="checkbox"/> Enfant |
| Nature de la maladie : <u>Complément</u> | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>04 NOV. 2019</u> | | | |
| 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. <u>ACCIDE</u> | | | |

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 : CASA Le : 04/11/19 DR

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 | توقيع و طابع التعاوضية |
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع : | |

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 المنشورة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب 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

Ref ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : JAIDI Mouria

55222

710604

AB111927

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

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

Conjoint زوج Enfant ابن X

Adresse : Résidence Al Mansour, BD Ghazi

Imb 16, Appt 4 20210 Casablanca.

Montant des frais (Dhs) : 550,00 DHS

Nombre de pièces jointes : 3

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : JAIDI Mouria

الإسم العائلي والشخصي :

Date de naissance :

تاريخ الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* :

الجنس :

JAIDI Mouria

22 05 74

AB111927

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie *

* مرض

Oui

Non

Maternité *

* أمومة

Date de grossesse :

Hospitalisation *

* استشفاء

Date d'hospitalisation :

Accident *

* حادث

Date d'accident :

Causes :

أسباب الحادث :

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

Fait à : Casablanca

le : 26/08/2015

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (ها)

أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 26/08/2015

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤمن له (ها)

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

أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| نوع و مقدار المبيعات Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux | العنوان Prix facturé | التاريخ Date d'exécution |
|--|-------------------------|-----------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

الطبين المساعدات عمليات

| التاريخ العمليات Dates des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة المعامل Valeur Clé | المبلغ المفتوت Montant facturé | توقيع و ملابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| 1521 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 1563 | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

MR MOUNIR JAIDI
AV GHANDI RES AL MANSOUR]
B 33 APPT 09
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE DE

000058349568

Accusé de Réception

N° Réception : 58349568
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : JAIDI MOUNIR
Immatriculation : 33710604 / 100057341
Nom et Prénom Bénéficiaire : JAIDI MOUNIR
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 12/09/2019 12:38
Lieu de réception : CASA 30102
Valeur du dossier : 550,00
Nombre de pièces : 3
Code Agent : MPT 19 SEP. 2017

Code Etablissement
Etablissement

des



**CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE**

Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth)
 Accès Internet
 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
ENREGISTRE 1
REJET 1
PAYE

💡 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 | - | 28/10/2019 | Virement | - | 949,00 | 423,28 | 46,96 | 470,24 |
| | 58349631 12/09/2019 | Payé en : 46 jours | | JAIDI MARIA | 399,00 | 183,28 | 19,46 | 202,74 |
| 58349568 | 12/09/2019 | Payé en : 46 jours | | JAIDI MOUNIR | 550,00 | 240,00 | 27,50 | 267,50 |
| 2 | - | 07/10/2019 | Virement | - | 934,80 | 401,98 | 47,02 | 449,00 |
| 3 | - | 29/08/2019 | Virement | - | 2 980,00 | 1 359,20 | 51,46 | 1 410,66 |
| 1 | - | 16/08/2019 | Virement | - | 593,00 | 168,30 | 16,04 | 184,34 |
| 2 | - | 10/06/2019 | Virement | - | 1 314,00 | 809,80 | 140,24 | 950,04 |
| 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 |

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

★★★★★

Professeur M. D KHILLI

- . Chirurgie Traumatologique
- . Orthopédique et Réparatrice
- . Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- . Chirurgie Prothétique
- . Arthroscopie



الدكتور محمد دخيلي

جراحة العظام و المفاصل

Casablanca le : 26/07/14

Dr Jadi Miraj

— Dr Jadi Miraj



301 مركز الميراج (بين شارع عبد المؤمن وشارع أنوال) الطابق الأول - الرقم 14

301, Centre Al Miraj Angle & Bd Abdelmoumen et Bd Anoual 1 étage N° 14 - Casablanca
Tél. : 05 22 86 08 08 / Fax : 05 22 86 09 94

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Spécialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEÉE • IRM

Casablanca, le 26/08/2019

FACTURE : 03777/2019

NOM ET PRENOM : JAIDI MOUNIR

TYPE EXAMEN : RX AVANT PIED GAUCHE F+3/4

MONTANT : 250 DH

DEUX CENT CINQUANTE DH

ج.ع.د. راديوغرافيا عبد المومن - زرقاء
Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 GSM : 06 61 20 33 31

المحمول : 0522.86.01.25 / 86.10.68 - الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31

ملتقى شارع أنوال و عبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيانز - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU
et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplomée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

-
- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
 - MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
 - DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEÉE • IRM
-

Casablanca , le 26/08/2019

PATIENT : JAIDI MOUNIR

EXAMEN(S) REALISE(S) : RX AVANT PIED GAUCHE F+3/4

RESULTAT :

Pas de lésion osseuse traumatique.

Discrète déminéralisation osseuse.

Les segments osseux sont de morphologie normale.

Confraternellement

Signature électronique PR A.SKALLI

RADIOLOGIE DERB GHALLEF
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdalmoumen
Abdalmoumen Center
Tél : 05 22 86 01 25

المحمول: 0522.86.01.25 / 86.10.68 - الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31

ملتقى شارع أنوال و عبد المؤمن - الطابق السفلي - إقامة عبد المؤمن سنتر - بجانب مقهى سيازن - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IE : 20720720 - RC : 267455 - TAY PRO : 34705167 - N° A.F.F.I : 5307782