

# 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.

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 2479 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

400,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : 31/5/23

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	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

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

### **Important :**

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

**[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

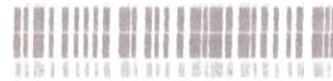
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME BASSIR JAMILA  
ANG ROME R ABDESLAM  
KHATB 7  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Royaume du Maroc



Accuse de Reception



N° de Dossier : 80355046 Date et heure : 15/04/2022 12:00

Nom et prénom Assuré : BASSIR JAMILA

Immatriculation : 93602296 090173572

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BASSIR JAMILA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90146

Valeur en Dirhams : 400,50 Nombre de pièces : 4

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Me connecter Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

Ministère du Médecin et de la Santé CNOPS La sécurité à tout prix pour le succès

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 3	EN COURS DE TRAITEMENT 5	PAYE			
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
5	-	-	2 569,20	916,69	115,59	1 032,28
79996144	27/03/2023	BASSIR JAMILA	400,00	210,00	30,00	240,00
79996209	27/03/2023	BASSIR JAMILA	710,00	229,00	24,60	253,60
79996254	27/03/2023	BASSIR JAMILA	495,10	140,09	9,59	149,68
80355046	13/04/2023	BASSIR JAMILA	400,50	177,60	31,40	209,00
80355083	13/04/2023	BASSIR JAMILA	563,60	160,00	20,00	180,00

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

**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 la CNOPS 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 ma mutuelle**

**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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 للتعميم.

كل من ثبت عليه غش أو تصریح كاذب للإستفادة 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.

**Identification de l'agent :**

**Date de dépôt du dossier :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

**تاريخ الإيداع :** [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

**ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض**  
**Feuille de soins Maladie**



N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

**Partie réservée à l'assuré(e)**

Nom et prénom : **BASSIR JAMILA**  
N° Affiliation : **11821166**  
N° Immatriculation : **932602496**  
N° CIN : **B151847314**

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : **Résidence Melati rue de russie**  
App 8 **CASA BLANCA** العنوان :

Montant des frais (Dhs) : **400,50** درهم مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **4** عدد الوثائق المرفقة :

**Déclaration du médecin traitant**

**Bénéficiaire de soins**

Nom et prénom : **BASSIR JAMILA**  
Date de naissance : **04/06/1969**

N° CIN : **B151847314** تاريخ الإزدياد : **04/06/1969**  
Sexe \* : ذكر  أنثى

**Identification du médecin traitant**

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **INP 051095024** نوع العلاجات :

Type de soins

Maladie *	<input type="radio"/> مرض *	Pli confidentiel remis : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non *	تم تقديم الظرف المغلق *
Maternité *	<input type="radio"/> أسموة *	Date de grossesse : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	تاريخ الحمل :
Hospitalisation	<input type="radio"/> استشفاء *	Date prévue d'accouchement : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident *	<input type="radio"/> حادث *	Date d'accident : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	تاريخ الحادث :
		Causes : .....	أسباب الحادث :

أشدّ بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

Fait à : **CASA BLANCA** حرب : **1110312023** في : **22/03/2023**  
Signature de l'assuré (e) توقيع المفعول (e)

Jr. Abdellaziz El BAYADOU  
Médienne Générale, Médecin traitant ou Expert Asserme au sein de son traitant ou de l'Etablissement de soins  
22 au de l'hôpital Lotte

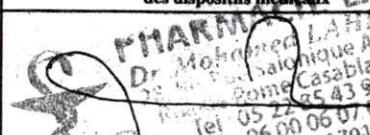
أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

Fait à : **CASA BLANCA** حرب : **22/03/2023** في : **22/03/2023**  
Signature de l'assuré (e) توقيع المفعول (e)

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المسروقة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٨\٠٣\٢٣	١١٥,٥٠	 <p>Dr. Lahoucine Aouad Rue de la Kasbah Casablanca Tél: 05 22 25 43 95 Tél: 06 00 06 07 08 Tél: 0021791300087</p>
		INP: 1091210119439
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]

**INP:**

**INP:** | | | | | | | |

**INP:**   |   |   |   |   |   |

**INP:**

Actes Paramédicaux

**INP:**

**INP:**

**INP:**



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

**FACTURE N° : 230313052**

Casablanca le 13-03-2023

,

**Mme Jamila BASSIR**

Date de l'examen : 13-03-2023

INPE : 093060911

**Analyses :**

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0100	Acide urique	B30
0118	Glycémie	B30
0134	Triglycérides	B60

Total des B : 120

**TOTAL DOSSIER : 185 DH**

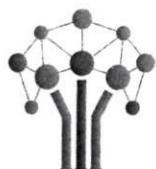
Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-cinq dirhams

Laboratoire TOUZANI  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat  
18, Rue Lavoisier - Casablanca  
Tel. 0522 86 50 00 / Fax : 0522

La Qualité est notre seul partenaire

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux ( en face de l'hôpital 20 Août ) - CASABLANCA

Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web.: www.laboratoire-touzani.ma  
INPE N°: 002060011 - Patente N°: 36270620 - Identifiant Fiscal N°: 44RR1270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J

Code Patient 190819033



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

Prélèvement du : 13-03-2023  
au labo à 09:36  
Demande N° : 230313052  
Edition : 31-03-2023

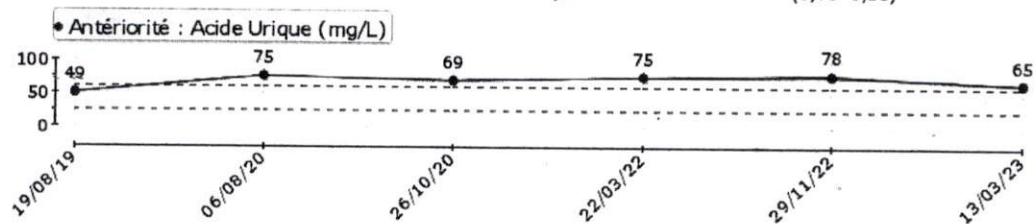
**Mme BASSIR Jamila**  
Prescripteur :

## BIOCHIMIE SANGUINE

### Acide Urique

(Dosage enzymatique - Roche)

29-11-2022  
65 mg/L  
0,39 mmol/L  
(25-60)  
(0,15-0,36) 78



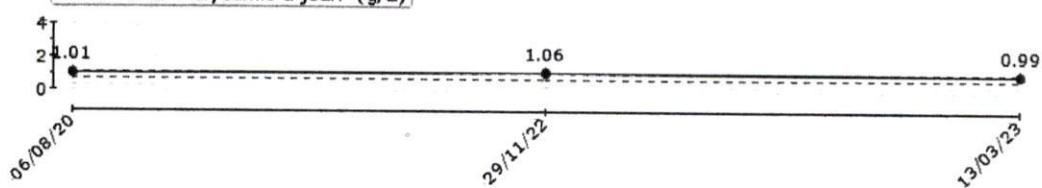
### Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche)

0,99 g/L  
5,49 mmol/L  
(0,70-1,10)  
(3,89-6,11)

Intolérance au glucose : 1,10 à 1,26 g/L soit 6,11 à 6,99 mmol/L à confirmer par une HGPO 2h après charge de 75 g  
Diabète : sup à 1,26 g/L soit 6,99 mmol/L dosage répété à deux reprises à 6 mois d'intervalle.

• Antériorité : Glycémie à jeun (g/L)

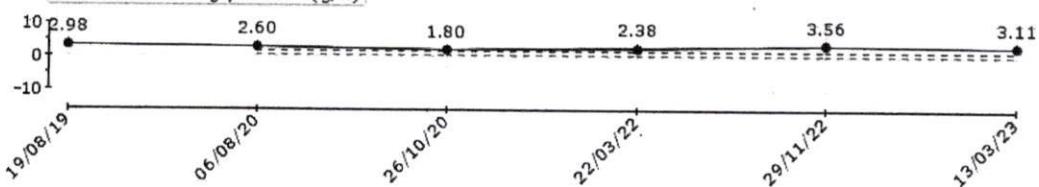


### Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche )

29-11-2022  
3,11 g/L  
3,55 mmol/L  
(0,35-1,50)  
(0,40-1,71) 3,56

• Antériorité : Triglycérides (g/L)



Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

Laboratoire TOUZANI  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat  
18 Rue La Voisier - Casablanca  
16 0522 86 50 00 / Fax : 0522

**Dr Abdelaziz ELBOUQDAOUI**  
Médecine générale Diplôme en Echographie  
Expér̄t assermenté près des tribunaux  
22.Qu. de l'hôpital lotis. OMRANA  
QUEZZANE



**الدكتور عبد العزيز البوقداوي**  
الطب العام و الفحص بجهاز الإلكرغرافية  
خبير محلف لدى المحاكم  
22 هي المستشفى تجزئة عمارة  
وزان

Tel.Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاکس

## **ORDONNANCE**

Quezzane le ..... 11/23 / 2023 .....

Nom et Prénom: BASSIR JAMILA

212

22854200  
00060700  
0021791300008

Signalrie

**MIGRALGINE**  
18 GELULES

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page.

6118000040538

LOT: TM010722  
PER: 08/2025  
PPC: B6:00DH

PHARMAZIE I M V

**Dr. Abderraziz EL BONQDAOUI**  
Médecin Général, Diplômé en Echographie  
Expert désigné près des Tribunaux  
22 Qu. de l'hôpital Lotis Omrana - Quezane

22. المستشفى، تجزئة عمرانة وزان OMRANA QUEZZANE INP : 22100824

Dr Abdelaziz ELBOUQDAOUI

Médecine générale Diplôme en Echographie

Expert assermenté près des tribunaux

22.Qu.de l'hôpital lotis .OMRANA

OUEZZANE



الدكتور عبد العزيز البوقداوي  
الطب العلم والشخص بجهان الايكوغرافية  
خبرير محلف لدى المحاكم  
22 هي المستشفى تجزنة عمرانة  
وزان

Tel.Fax

05.37.90.72.26

هاتف فاكس

## ORDONNANCE

Ouezzane le : ..... 11 / 03 / 2023 .....

Nom et Prénom : ..... BASSIR TAHILA .....

- 1 - Ac argue.
- 2 - Glycémie gfr.
- 3 - TG -

Laboratoire TOUZANI  
d'Analyses Médicales

~~Secretariat~~

18, Rue La Voisier - Casablanca  
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522

Jr. Abdelaziz EL BOUQDAOUI  
Médecine Générale, Diplôme en Echographie  
Expert Assermenté près des Tribunaux  
22 Qu. de l'hôpital Lotis OMRANA - Ouezzane