

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

- 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 : 1433

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

SAFIRI RACHIDA

Date de naissance :

28/11/1952

Adresse :

5, Avenue de la Bd. Abdellah Ben NAFI, TRAX

Tél. : 06 63 45 55 76

Total des frais engagés : _____ 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 : _____

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 : CASA

Le : _____ / _____ / _____

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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

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.

81-10-12

Najid Abdellaziz

52, Y x Somecte

1 See x 3/1

49,80 1 Y Floryl 500 mg

1 g x 3/1

Ozil plus 20

162,00

27,50

CLINIQUE YASSINE

Bd. Sidi Abderrahmane

Tel: 05 22 39 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19

شارع سيدى عبد الرحمن، زاوية الرحمان
Boulevard Sidi Abderrahmane, angle rue de Sijlmasa, Hay El Hana, Casablanca - Maroc
(+212) 5 22 39 69 60 / (+212) 5 22 68 64 (+212) 5 22 39 71 19 @ contact@oceanicclinic.ma

OCEANIC CLINIC
Anesthésie Réanimateur
Dr. DIA JAAFAR
Dr. JAMAL AZIZ

Gastron 80
1 g x 3/1



090004029

Membre du
réseau de cliniques

Oncorad Groupe

28.10 5) Vogaleen Sirup
ICA 3 x 3/

ME 60
6)

Doliprane 600
Doliprane 600

1 gp x 3/



VOGALENE 0,1%

Solution buvable -150 ml



6 118000 081050



SMECTA ORANGE VANILLE
30 SACHET B30
LOT : 22E046
PER : 04 2025
P.P.V : 52DH40

6 118000 011460



FLAGYL 500 mg
CP PEL 620
P.P.V : 499H80
LOT : 22E045
PER : 02 2027

6 118000 060062

Spasfon®
30 comprimés enrobés

6 118000 330226

PPV 14 DH 60
PER 06 / 35
LOT 12073

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعرف

عبد العزيز

نهيد

ABDELAZIZ

NAJID

Né le

08.04.1950

مدد بتاريخ

ب عين السبع حي المحمدى عين السبع

AIN SEBAA HAY
MOHAMMADI AIN SEBAA

البيضاء العاشر للآباء الوطني

Abdellatif Hmoussi



CAN 669123

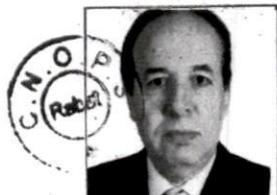
N° B60110 رم

صالحية إلى غاية 14.11.2030

Royaume du Maroc



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
POLICE



Nom et prénom : NAJID ABDELAZIZ

Né (e) le : 08/04/1950 Org. CMR

Immatriculation

251

رقم التسجيل

709278

S. O. M. / Etab. / Pens.

7031450

Affiliation

73181

Le Directeur

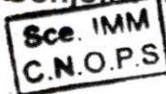
Date affiliation

18/08/2005

N° B60110	رقم	N° état civil	885/1952	رقم الحالة المدنية	بن ابراهيم بن الطاهر		OPI2GD7W
				و راقية بنت الحسين	Sexe M	الجنس	
				Fille de BRAHIM ben TAHAR			
				Els de RKIA benn EL HOUSSINE			
<p style="text-align: center;">العنوان اقامة العيون شارع عقبة بن نافع عمارة 42 شقة 5 الطار البيضاء Adresse : RESIDENCE LAAYOUNE BD OKBA BNOUNA FAFIA IMM 42 APT 5 CASABLANCA</p>							

IDMAR OPI2GD7W<1B60110<<<<<<
 5004081M3011146MAR<<<<<<<<9
 NAJID<<ABDELAZIZ<<<<<<<<<

23/01/2009 **Conjoint** الزوج (ة)



الاسم والنسب
 متزوج (ة) بتاريخ
 المهنة
 الأبناء

--

الاسم تاريخ الإزدياد الاسم

--	--

description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور و الأشعة الاحياء عمليات

Actes Paramédicaux

عملات المساعدین 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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

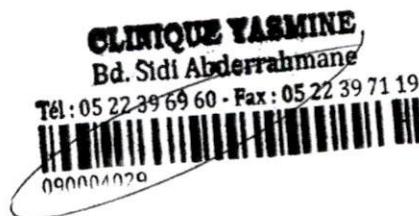
DATE: 21/10/2022

Détail des prospectus et vignettes envoyés

Patient NAJID ABDELAZIZ

Dossier N° X2J215701

Date	Produit consommé	Quantité	Prix Unit.	Montant
<i>Pharmacie</i>				
22/10/2022	ANDOL 1G INJ	1	18,80	18,80
22/10/2022	ACUPAN INJ (5)	1	6,34	6,34
22/10/2022	OMEPRAZOL NORMON 40MG INJ(01)	1	29,90	29,90
22/10/2022	NO- SPA INJ (05)	1	4,00	4,00
Total				59,04
<i>Consommables médicaux</i>				
22/10/2022	SERINGUE 10CC	1	1,80	1,80
22/10/2022	INTRANULES BLEUES G 22 (100)	1	3,23	3,23
22/10/2022	COMPRESSES STERILES 10*10 (80) PHARCOM	1	6,75	6,75
22/10/2022	PERFUSEUR EN Y	1	4,95	4,95
22/10/2022	GANTS MEDIUM NITRIL (100)	6	1,13	6,78
Total				23,51
	Total journée	22/10/2022		82,55
Total produits consommés :				82,55



Casablanca Le : 21/10/2022

Facture N° 7475/22

Etablie par RECEPTION DE NUIT Page 1/1

Identification

N° Dossier : X2J215701

N° Identifiant : 22105393/22

Nom & Prénom : NAJID ABDELAZIZ

C.I.N. : B60110

Date Début : 21/10/2022

Date Fin : 21/10/2022

Adresse :

Traitements : Consultation

Médecin : BERRADA JAAFAR

Prestations	Qté	Prix U.	L.C.	Coef	Montant
-------------	-----	---------	------	------	---------

SEJOUR

Frais clinique	1	417,45			417,45
		Total Rubrique :	417,45		

CONSOMMABLE MEDICAL

Consommables médicaux	1	23,51			23,51
		Total Rubrique :	23,51		

PHARMACIE

Pharmacie	1	59,04			59,04
		Total Rubrique :	59,04		

PARTIE CLINIQUE :

500,00

HONORAIRES MEDICAUX

Dr. BERRADA JAAFAR (ANESTHESISTE REANIMATEUR)	1	400,00			400,00
		Total Rubrique :	400,00		

PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES:

400,00

Encaissement :	TOTAL FACTURE			900,00	
----------------	----------------------	--	--	--------	--

Espèce :	Chèque :	Solde :			
500,00		400,00			

Arrêtée la présente Facture à la somme de :

Neuf cents Dirhams

Cachet et signature

CLINIQUE YASMINE
Bd. Sidi Abderrahmane
Tél : 05 22 39 69 60 - Fax : 05 22 39 71 19
090004029





M E Compte Rendu

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01 برجع رقم

N° Bordereau :

066941-89-93

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : NAJID ABDELAZIZ الإسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : -73181 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 851709878 رقم التسجيل :

N° CIN : -B601110 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابن ○

Adresse : Rue LA YOUNÉ . Bd OKBA . bmo NAFIA IM 48A+5 العنوان :

HAY Mokhamed - CASA BLANCA

Montant des frais (Dhs) : 11740 درهم مبلغ المصارييف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : NAJID ABDELAZIZ



Agent: POL64

077179861
Assuré: NAJID ABDELAZIZ
Matricule: 25709278 / 01
Frais Eng: 1174,00

03-14-1950
-FB 60110-

01 NOV 2022

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس *:

ذكر ○ أنثى ○ F ○

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات :

CLINIQUE JASMIN

Tel: 05 22 39 71 19

→ OP 10 2014

ED. SIDI M'hamed Benrahmane

BP. 50000 El Oued 16000

* Tel: 05 20 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19

* Tel: 05 20 69 60 - Date de grossesse : 11/11/2022

Date prévue d'accouchement : 01/12/2022

Date d'hospitalisation : 01/11/2022

Date d'accident : 01/11/2022

Causes : اسباب الحادث :

Hospitalisation *

Accident *

حادث *

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

Fait à : حرب : le : في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : حرب : le : في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المتربي أو المتربي
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

tel: 05 22 39 69 60 - Fax: 05 22 39 71 19

* أطلب إلتماس

14/2/2024.

Mrs NADIA ALAELDIN

Mr patient au service le 21.10.2024

pour grossesse entière enfin.

doul observations + VBG ++

⇒ Consultation + soins.





La sécurité c'est bon pour la santé

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 Mutualées gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

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
- 1	-	12/06/2023	Virement	-	1 174,00	268,47	38,94	307,41
79972334	21/03/2023	Payé en : 82 jours		NAJID ABDELAZIZ	1 174,00	268,47	38,94	307,41
■ 1	-	19/01/2023	Virement		1 289,72	417,06	56,33	473,39

