

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

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

N° W21-783594

A71708

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9198

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELMRAH

SAID

Date de naissance :

11 / 11 / 1953

Adresse :

ST5, Rue Zbel SARLATOU Hay
RAYANE NOUAKCHOT

Tél. : 0661798981

Total des frais engagés : ₦ 2184,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

complément

Date de consultation :

QOZAIBRE Habiba Age: 62 ans

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

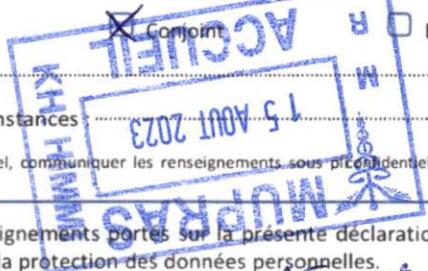
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 15/08/2023

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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 :

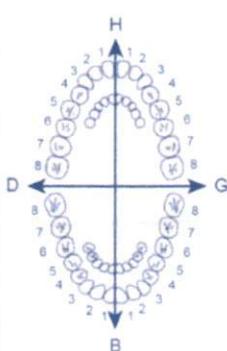
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

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 التغاضية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : تاریخ الایدی :	

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 المشتردة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية 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 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
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي

رقم الاختراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Partie réservée à l'assuré(e)

Ozaiibra Habiba epelma

51542
332.702115

N CIN : 075436

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

Joint Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : 555, Rue Jbel Saqqiou, Hay Rayan
Pôle urbain N'Djaceur casablanca

Montant des frais (Dhs) : 2184180.54

Nombre de pièces jointes : 15

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

أنثى F ذكر M

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

IPNE : 091069666

N INP

Type de soins

Maladie *	مرض *	Pli confidentiel remis * :	Oui	Non	تم تقديم الظرف المغلق * :	تاريخ الحمل :
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse :				التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prevue d'accouchement :				تاريخ الاستشفاء :
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation :				تاريخ الحادث :
		Date d'accident :				أسباب الحادث :
		Causes :				

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant. Fait à : Casablanca le : 21/06/2013 توزيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أصرح بعدد أقصى خمسة مرات أن كل ما ذكر أعلاه le declaré est exact et vrai. Fait à : Casablanca le : 21/06/2013 توزيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)
---	--

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

نوع المبيعات Date des actes	رمز المعلمات Code des actes	معامل المعلمات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفatur Montant facturé	توقيع و خاتمة المدعي Signature et Cachet du Médecin traitant
15 JUIN 2022	C			60 200 ماروك - الحجامة السندي الدارالبيضاء مأذف.	60 ماروك - الحجامة السندي الدارالبيضاء مأذف.
21 JUIN 2023	C			60 200 ماروك - الحجامة السندي الدارالبيضاء مأذف. 60 200 ماروك - الحجامة السندي الدارالبيضاء مأذف.	60 ماروك - الحجامة السندي الدارالبيضاء مأذف.

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمدة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النوع المغدور Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15-06-23	145,50	L'APPHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BENJELLOUN Imm. 99, Lot NAITN'4-DEROUA Tél: 0522 51 47 07
21/06/23	355,80	INPE : 062074810 Pharmacie Régionale Lot Municipal Biologique N°516 Bis Hay El Garaa - Tél. 022 51 47 07

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

العمليات الإحصائية، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

🔒 (/portailapps/www/index.php/assures/auth) [Me Situer](#) [Déconnexion](#) [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 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 1
-------------	---------	------	--------------------------

● 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	-	04/08/2023	Virement	-	2 184,80	1 291,26	317,95	1 609,21
81638477	22/06/2023	Payé en : 43 jours		QOZAIBRE HABIBA	2 184,80	1 291,26	317,95	1 609,21

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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 21 JUIN 2023..... الدار البيضاء، في :

1490 x 2 QD 2018-01-01
1. Lisofylline 50 mg x 100 tablets
+
578.
2. Lornoxicam 10 mg x 100 tablets

Traitements d'un (ou) amis

35580

⁶⁰ طریق مولای الته‌لکھنی (قرب مصحّة الضمان الاجتماعي).

60، طريق مولاي التهمي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drqzsa@gmail.com

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلق

خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 15 JUIN 2023 في: ١٥ جوان ٢٠٢٣

1. Caillou sur la peau
جحش على الجلد
99,50 درهما

2. Surface
area de la peau
140 cm² مساحة

46,00 درهما

INPE: 062074810

LA PHARMACIE REGIONALE
Dr. Saad BENJELLOUN
Imm. 94, Lot N°4-DEROUA
Tél: 05 22 51 47 07

لـدكتور سعيد الخزولي
طبيب محلق، خبير لدى المحاكم
رقم 60، بوليف، ماروك
رقم 60، بوليف، ماروك
ماروك، 05 22 51 47 07
هاتف: 05 22 51 47 07

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا - الحي الحسني - الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgza@gmail.com

LABORATOIRE CENTRAL DEROUA

Résidence Sakane Deroua Batiment C RDC Local 10 Lotissement Annajah DEROUA
Tél : +212 5 22 51 52.18 – Mail : contact@laboratoirecentral.ma

FACTURE N° : 230003783

INPE :



063064505

DEROUA le 16-06-2023

Mme QOZAIBRE Habiba

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80
0223	Vitesse de sédimentation	B30
0439	Vitamine D	B450
0135	Urée	B30
0163	TSH	B250
0134	Triglycérides	B60
0216	Numération formule	B80
0133	Sodium	B30
0131	Potassium	B30
0119	Hémoglobine glycosylée	B100
0118	Glycémie	B30
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50
0154	Ferritine	B250
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100
0111	Créatinine	B30
0105	Chlore	B30
0106	Cholestérol total	B30
0100	Acide urique	B30
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0147	Transaminases P (TGP)	B50

Total des B : 1790

TOTAL DOSSIER : 1483.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille quatre cent quatre-vingt-trois dirhams cinquante centimes.

LABORATOIRE CENTRAL D'
MÉDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr. Javad KARRAT
Bât. C, Lotissement Annajah
Tel: 0522 51 52.18 / 0667 07 01

ICE : 002866635000065 IF : 50375591

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الخزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 15 JUIN 2023

Al-Qur'aan Habibah
of the Quran

NFS - fælten

Engelmann - Vg

Syntex - HSA_aC

Thlaspiumass. CAT

Chlorophytol. Cr. - HSC

Tuglyceachie

Wes - Geotin road

Azi kisgje.

R. P. G.

CKP

WJD

**LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES**
Dr Jawad KARRAT
Bat. C, Lotissement Annaiah, Derouaz
Tél.: 0522 51 52 18 / 0667 67 67 11

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الاجتماعي) مازولا . الحي الحسني . الدار البيضاء
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél. : 05 22.90.70.88 - الهاتف: E-mail : drgzsa@gmail.com