

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-783594

171708

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9198 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : SAID

Nom & Prénom : EL MRAH

Date de naissance : 11/11/1957

Adresse : 555, Rue Abdel SARGHO Hay ROYANE NOUADOUR

Tél. : 0661798981 Total des frais engagés : 7 2184,80 = Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : complement

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : OUAZABRE Habiba Age: 62 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : ACCIDENT

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 15 AOÛT 2023

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 : CASIX Le : 15/08/23

Signature de l'adhérent(e) :

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Hay
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

[illegible][illegible]

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	

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التفاضلية	Cachet et signature de la mutuelle
<p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :</p>	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Rég ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي : **Qozairre Habiba epelmal**

N° Affiliation :

51542

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

332.702115

رقم التسجيل :

N° CIN :

Q75436

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse :

العنوان : **SS.5 Rue Jbal Sanghon Hay Rayan**

Montant des frais (Dhs) :

2184,80.64

Nombre de pièces jointes :

15

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

الإسم العائلي والشخصي : **Qozairre Habiba epelmal**

Date de naissance :

17/10/1961

تاريخ الميلاد :

N° CIN :

Q75436

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe :

M ذكر F أنثى

الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

INP : 091069666

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie

مرض

Pli confidentiel remis

Oui Non

تم تقديم الخرف المغلق

Maternité

أمومة

Date de grossesse

تاريخ الحمل

Hospitalisation

استشفاء

Date d'hospitalisation

تاريخ المراقبة لتولادة

Accident

حادث

Date d'accident

تاريخ الاستشفاء

Causes

تاريخ الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Casablanca**
le : **21/06/2023**
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

أشهر بصحة أقنوني صحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : **Casablanca**
le : **21/06/2023**
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يُمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب Signature et Cachet du Médecin traitant
15 JUIN 2023	C			60	طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد ماريلا - الحبي الحسني - الدار البيضاء 022 90 70 88
21 JUIN 2023	C			60	طبيب مختص في أمراض النساء والتوليد ماريلا - الحبي الحسني - الدار البيضاء 022 90 70 88

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعومة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
15-06-23	145,50	LA PHARMACIE REGIONALE Dr. Saad BEN ELLOUN Imm. 99, Lot N°4-DEROUA Tél: 05 22 51 47 07
21/06/23	35580	Pharmacie Lot Municipal Blo N°516 Bis Hay Casa - Tél: 05 22 51 45 45

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإختبار الأشعة و الصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإختبار Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
16-06-23	081790			1483,50	Dr Jawad KARRAT Lotissement Annajah, Des 51 52 18 / 0667 67 67

INPE: 083084505

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES
DE PRÉVOYANCE SOCIALE
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



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

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth) [Ma Situation](#) [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 \(https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr\)](https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr)

★★★★★

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

طبيب محلف
خير لدى المحاكم

14900x277 QD ZAIRAC Habiba

1. Lisofer Bee

29 x 23/4 3/4

5782.

2. DNA to

Λ'S a y a mudi ap

Traitement d'un (01) Ours

355,00

دكتور سعيد الخزولي
طبيب مخاض، معتمد من المجلس الطبي
طريق مستشفى الحسيني
القرب الحسيني
الحي 022 90
290 97 66

60، طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) 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

Docteur Saïd GZOULI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف

خيم لدى المحاكم

Casablanca, le : 15 JUIN 2023

1. 99,50
Cau boserb digest (ن)
1 y x 3 y

2. 46,00
Superfumer (ن)
1 y le 07/07

Ts 445,50

INPE : 06 20 74 810

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

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف، خيم لدى المحاكم
60, Route Moulay Thami (à côté de la Polyclinique Hay Hassani), Mazola - Hay Hassani - Casablanca
Tél: 05 22 90 70 88 - E-mail: drgza@gmail.com

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) 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'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr JAWAD KARRAT
Bat C Lotissement Annajah
Tél: 0522 51 52 18 / 0667 07 01

ICE : 002866635000065 IF : 50375591

Docteur Saïd GZOU LI

Médecin Assermenté
Expert près les Tribunaux

الدكتور سعيد الغزولي

طبيب محلف
خبير لدى المحاكم

Casablanca, le : 15 JUIN 2023

الدار البيضاء، في :
M QOZAIRAE HABIBA
et ET TAAH

NFS - Fauten
Isograme - VS
glycemie - HbA_{1c}
Tauxeminaass. GAT
Cholesterol Total - Ctr HCL
Triglyceride
Uree - Creatin TAAH
Asi kigda
Rpta
CRA
NFD

LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES
MEDICALES PLURIDISCIPLINAIRES
Dr Jawad KARRAT
Bat C, Lotissement Annajah, Deroua
Tél.: 0522 51 52 18 / 0967 67 11

الدكتور سعيد الغزولي
طبيب محلف لدى المحاكم
خبير لدى المحاكم
مجلس القضاء
الدار البيضاء
022 90 70 88
الطابق 60

60, طريق مولاي التهامي (قرب مصحة الضمان الإجتماعي) 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