

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.

M23- 020636

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rihita

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0666987445 Total des frais engagés : 3000 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : R Nom et prénom du malade : JAHAD RYAD Age : 11

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Complainte de douleur

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 : CSA

Le : 25/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : RHITA

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 - RADIGRAPHIES

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
		AM	PC	IM	IV	

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
<				

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 التعاقدية	توقيع و طابع المعاشر
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Signature de l'agent :	

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 المعارضين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 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.



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 :

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

JAI01 M'hamed

55 222

710604

AB 111 927

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

Conjoint زوج Enfant ابن العنوان : Adresse : Résidence El Flansour, BD Ghandi Imb 16, Appt 1 - 20210 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 3000,00 Dhs

Nombre de pièces jointes : 6

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

JAI01 RYAD 18 06 12

الإسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس:

أنثى F ذكر X

تصريح الطبيب المعالج

Type de soins

091027219

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

تم تقديم الملف المغلق :

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتب للولادة :

تاريخ الاستئنف :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

Maladie * مرض * Pli confidentiel remis * Oui Non

Maternité * أمومة * Date de grossesse :

Hospitalisation * استشفاء * Date prévue d'accouchement :

Accident * حادث * Date d'hospitalisation :

Causes أسباب :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : Casablanca

le : 12 06 2023

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : Casablanca

le : 12 06 2023

توقيع الطبيب المعالج أو المعاشر

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

290, Bd Ghandi Dar Asmaa - Casablanca

* اشطب بالتفاف

* رقم التلفون : 05 61 147474

* رقم الفاكس : 05 61 147474

* رقم الموبيل : 05 61 147474

* رقم البريد الإلكتروني : 05 61 147474

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطابع

description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المقدمة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين

Dr. Houriya AMRANI MIKOU

Dr. Naïma BENJELLOUN DEBBAGH

Dr. Wafae MSEFER FAROUQI

Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI

Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -

Echographie Obstétricale 3D 4D - Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie

Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie

I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, Le 12/06/2023

Patient

JAIDI RYAD

Examen(s) réalisé(s)

AGE OSSEUX (POIGNET GAUCHE FACE)

COMPTE RENDU

Age chronologique : Garçon de 10 ans.

Résultat:

L'âge osseux selon l'Atlas de Greulich et Pyle est celui d'un garçon de 8 ans.

En vous remerciant de votre confiance

Dr. Abderrahim ADIL
Dr. A. ADIL
RADIOLOGUE
CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - Maroc
Tél.: 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
Tél.: 0522 23 50 70 / 0522 23 50 71 - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



جَنْبَرُ الْأَنْوَاعِ

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2306130006

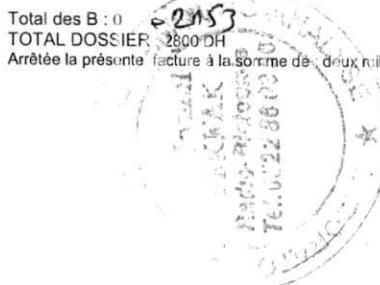
Enf Ryad JAIDI

Demande N° 2306130006
Date de l'examen : 13-06-2023
Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Vit	Cle/s
	GH/GUCAGON+ B-BLOQUANT	E2800	E

Total des B : 0 **2153**
TOTAL DOSSIER : 2800 DH
Arrêtée la présente facture à la somme de deux mille huit cents dirhams DH



**Il est Strictement Interdit de Changer les Noms,
Prénoms et les Dates des Analyses.**

Angle Bd.Anoual-Bd d'Alexandrie, Quartier des Hôpitaux-Casablanca - Tél.: 05.22.86.03.36 / 06 59 27 33 92 - Fax : 05.22.86.04.97
05 22 86 04 97 : 06 59 27 33 92 / 05 22 86 03 36 : الهاتف
Email : laboratoire-anoual@outlook.fr Site web : www.labanoual.ma - IF : 42032540 - ICE N° 001703721000037 - INP: 093000883

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)
Réanimation Néonatale
ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique
Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat- Paris



الدكتور محمد بنونة

إختصاصي في أمراض الأطفال و الرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

12.06.2023

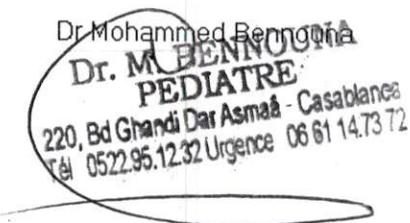
Casablanca, le الدار البيضاء، في

Enfant JAIDI RYAD

Age : 10 ans 11 mois

Poids : 27,80 Kg

TEST DE STIMULATION DE L'HORMONE

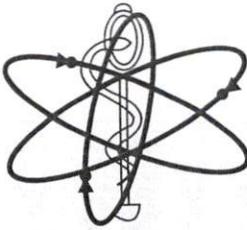


E-mail : medbenouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 - 05 22 95 12 32 - المحمول: 220
شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيتزا هات) الطابق 1، البيضاء - الهاتف:
220, Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél. : 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72

Laboratoire Anoual

Laboratoire de Biologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie Spécialisée
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prénatal



Enf Ryad JAIDI

Né(e) le : 18-06-2012

Dossier N° : 2306130006

Date de l'examen : 13-06-2023

Prélevé le : 13-06-2023 08:00 en interne

Édité le : 23-06-2023

جنة الأنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris

Diplômé de l'Université Paris VII

et de l'Institut Pasteur de Paris

Biologiste Qualificien

DR : Dr Mohamed BENNOUNA

Adresse :

Page 1 / 1



ACCREDITATION
N° 8 3245
Porté disponible sur
www.coefrac.fr

Seules certaines prestations rapportées dans ce document sont couvertes par l'accréditation. Elles sont identifiées par le symbole [AC].

HORMONOLOGIE

IOAge : 10 ans

Poids : 28 Kg

Taille : 139 cm

EXPLORATIONS FONCTIONNELLES

GH/GLUCAGON

GH/GLUCAGON

Temps	GLYCEMIE (g/l) ^[AC]	GH (μg/l)	GH (μU/ml)
0	0.87	0.36	1.08
30	1.44	0.66	1.98
60	1.09	0.26	0.78
90	0.77	1.35	4.05
120	0.63	18.30	54.90
150	0.81	5.44	16.32
180	0.88	2.95	8.85

Technique: Chimioluminescence (Cobas 6000)

Commentaire : REPONSE NORMALE

A compléter par les autres arguments du diagnostic du déficit en GH :

- Paramètres auxologiques (courbe de croissance)
- Paramètres hormonologiques (IGF1, IGFBP3 et deux tests de stimulation faibles)

Conformément aux recommandations de la SFBC depuis 2018, les résultats de la somatotrophine ne sont rendus qu'en μg/l
(Calibration par rapport au standard international WHO 2nd IS 98/574)





مركز الفحص الطبي بالأشعة الروdanی CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI

Dr. Houriya AMRANI MIKOU
Dr. Naiima BENJELLOUN DEBBAGH
Dr. Wafae MSEFER FAROUQI
Dr. Yasmina TAHIRI ZIATI
Dr. Abderrahim ADIL

Mammographie Numérisée / Tomosynthèse - Sénologie Interventionnelle -
Echographie / Doppler Couleur - Ostéodensitométrie
Radiologie Conventionnelle - Radiologie Interventionnelle - Rachis Entier - Gonométrie
I.R.M. 1.5 Tesla - Scanner Spiralé - Dentascanner

Casablanca, le 12/06/2023

FACTURE N° : FA:00 5682/23
Nom : JAIDI RYAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : 200,00 Dhs

DEUX CENTS DHS

Pour le(s) examen(s) suivant(e) :

POIGNET GAUCHE FACE	200,00 Dhs
Total de :	200,00 Dhs

Mode de règlement ESPECES

ATTIJARI WAFABANK /00778000035790000015342

Dr. A. ADIL



091035766

CENTRE DE RADIODIAGNOSTIC ROUDANI, S.A.R.L. au capital de 2.300.000,00 DH
400, Bd Brahim Roudani 1^{er} étage - Maârif, 20100 Casablanca - E-mail : roudani.crr@gmail.com / www.crr.ma
Tél.: 0522 23 50 70 / 06 60 73 95 97 / 0522 25 22 96 / 0522 25 13 02 / 0522 25 13 04 / 0522 25 13 07 - Fax : 0522 23 50 68
RC : 500035 - CNSS : 2097443 - TP : 35700736 - IF : 01000601 - ICE : 001719187000040

Dr. Mohammed BENNOUNA

PEDIATRE

Diplômé de la faculté de Médecine
de Lille (France)
Réanimation Néonatale
ph.Métrie, Endoscopie digestive
et Proctologie Pédiatrique
Diplômé de la faculté de Médecine
Xavier Bichat- Paris



الدكتور محمد بنونة

إخلاصي في أمراض الأطفال و الرضع
خريج كلية الطب بليل (فرنسا)

إنعاش المولود الجديد

شهادة جامعية في فحص المعدة و الأمعاء
بالشعاع الداخلي للأطفال (باريس)

07.06.2023

Casablanca, le الدار البيضاء، في

Enfant JAIDI RYAD

Age : 10 ans 11 mois
Poids : 27,80 Kg

AGE OSSEUX

Dr Mohammed Bennouna

Dr. M. BENNOUNA
PEDIATRE

220, Bd Ghandi Dar Asmaâ - Casablanca
Tél : 0522.95.12.32 Urgence 06.61.14.73.72

CENTRE DE DIAGNOSTIC
400, Bd Brahim Roudani - Madrif
20100 Casablanca
Tél : 0522.95.12.32 / 05.11.15.11.02 / 05.11.15.11.32
Fax : 0522.95.12.32 / 05.11.15.11.32 / 05.11.15.11.32

E-mail : medbenouna09@gmail.com

06 61 14 73 72 ، شارع غاندي، دار أسماء (قرب بيتزا هات) الطابق 1، البيضاء - الهاتف: 05 22 95 12 32 - المحمول: 220، Bd Ghandi - DAR ASMAA (près de Pizza Hut) - 1^{er} étage - Casablanca - Tél.: 05 22 95 12 32 - GSM 06 61 14 73 72



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

Accueil > Application > assure app



(/portailapps/www/index.php/assures/auth)
 Mon Compte
 Recherches
 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
EN COURS DE TRAITEMENT 2
PAYE
RETOUR POUR COMPLEMENT 2

💡 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	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
81989685	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIIDI RYAD	3 000,00	1 176,00	286,50	1 462,50
81989377	14/07/2023	Payé en : 35 jours		JAIIDI RYAD	587,50	258,60	54,18	312,78
■ 1	-	28/06/2023	Virement	-	540,80	218,56	45,03	263,59
■ 5	-	01/06/2023	Virement	-	2 249,90	829,53	164,96	994,49
■ 1	-	14/03/2023	Virement	-	214,00	64,00	12,00	76,00
■ 1	-	02/02/2023	Virement	-	383,60	139,88	27,04	166,92

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

★★★★★