

# 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.

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

M22- 0009545

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Rochai H'marred Date de naissance : 14.6.1955

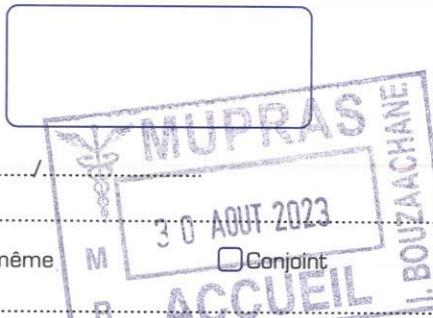
Adresse :

Tél. : 0621999896

Total des frais engagés : X62,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



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

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint

Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

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 : CASABLANCA Le : 30/08/2023

Signature de l'adhérent(e) : H'marred

Signature de la Mutuelle : MUPRAS

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

## **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 canalaires, 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

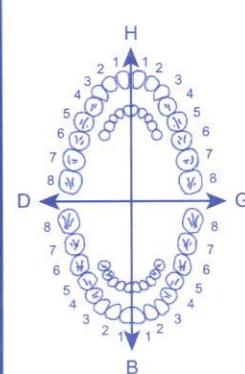
O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000

D

00000000	00000000
35533411	11433553



#### **[Création, remont, adjonction]**

nctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

### Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.)!!

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf si il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

### Cachet et signature de la mutuelle

### تعليمات يجب اتباعها

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، المفاتير، الأرقام التسلسليّة للأدوية، إلخ...).

N° du Tél (optionnel):

رقم الهاتف (اختياري)

يُباع ملف طلب التعويض لدى التحاليل البيولوجique عند الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل،

Affiliation:

يجب أن ...، ورقة العلاجات ...، الوطني الاستدلالي INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم، فتمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي

Lien de parenté du bénéficiaire

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاtractive التي تتبعها خلاص الشهرين الموالين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الالتماع بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزید من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق على [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاtractive.

بالنسبة للتأمين الإجباري من المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين تزويد اسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 نزقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.

### Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

### Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0664991000

خاص بالمؤمن (هـ):

N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

BASSIR JAMILA

1821166

9312602896

B 15814734

Nom et prénom:

N° Affiliation:

N° Immatriculation:

N° CIN:

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

علاقة القرابة  
بين المستفيد والمؤمن (هـ):

Adresse:

Montant des frais (Dhs):

Nombre de pièces jointes:

العنوان:  
الجهة: ANGEL Rue DE ROME, Rue  
ABDESSALAM AL KHATTABI Residence UALILI, 7  
الجاري المصاري (بالدرهم): 462 DH

عدد الوثائق المرفقة:

### Déclaration du médecin traitant

### بيان المستفيد من العلاجات

Nom et prénom:

Date de naissance:

N° CIN:

Sexe\*:

Masculin  ذكر  Féminal امرأة

### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels  
et des Etablissements de santé (INPE)

091089354

### Type de soins

Maladie\*  مرض \*

Maternité\*  امومة \*

Hospitalisation\*  استشفاء \*

Accident\*  حادث \*

Pli confidentiel remis\*: oui  non

Date de grossesse:

Date prévue d'accouchement:

Date d'hospitalisation:

Date d'accident:

Causes:

Fait à: 091089354 حرر:

Le: 16/08/2023 في:

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

\*Garder la mention utile pour chaque case

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة  
و مؤسسات العلاج

تم تقديم الظرف المغلق\*: تاریخ الحمل:

التاريخ المرتقب للولادة: تاریخ الاستشارة:

تاريخ الحادث: تاریخ الحادث:

أسباب الحادث:

حرر: 091089354

Le: 16/08/2023

أشهر يوصلني وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وظيفي وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

أو الوكالة الضافية

Signature et Signature du Médecin traitant  
ou de l'établissement de soins

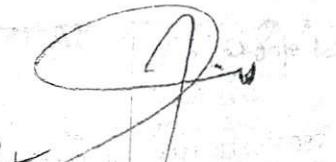
ضع علامة في المكانة المناسبة

## Description des actes effectués

تصنيف العمليات المجرأة

CIM - 1

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتهيئات الطبية الممنوعة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

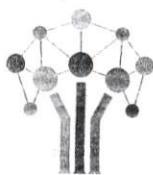
التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٥/٠٨/٢٣	١٦٨.٣٠	
	INP: ٠٩٩٠٤٥٥٩٩٢	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux



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 : 25-07-2023

au labo à 10:48

Demande N° : 230725052

Édition : 29-07-2023

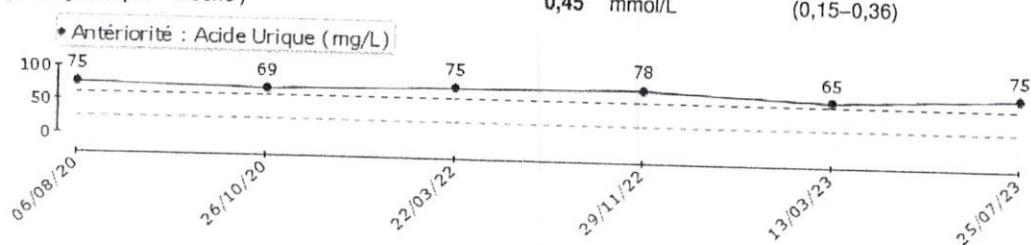
**Mme BASSIR Jamila**

Prescripteur : Dr BENZIDIA RACHID

## BIOCHIMIE SANGUINE

### Acide Urique

(Dosage enzymatique - Roche)

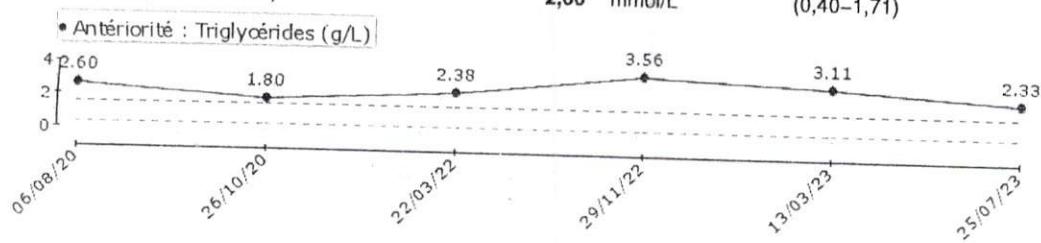


13-03-2023

65

### Triglycérides

(Technique enzymatique - Roche )



13-03-2023

3,11

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

Laboratoire **TOUZANI**  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat

18, Rue La Voisier - Casablanca  
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 01

La Qualité est notre souci permanent

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°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036

Page : 1/1

Cabinet de Cardiologie

Nom:

Bassir Jamila  
bassir

No ID:

Dr.Benzidia

24.07.2023 13:39:21

Né: 04.06.1962  
61 A  
Sexe: F  
Taille: 175 cm  
Poids: 78,0 kg  
PA: 200 mmHg  
Temp: 37,5 °C  
Med:  
Rem:

Interprétation

FC 74/min  
Axes  
P 34°  
QRS 34°  
T 48°

Intervalle

RR 806 ms  
P 108 ms  
PQ 134 ms  
QRS 76 ms  
QT 360 ms  
QTc 401 ms



25 mm/s 10,0 mm/mV  
0.05-35 Hz 50 Hz SBS  
(AT-104 PC 1.85 5.71 2.45)

SDS-104 2.45

Page 1



## | ACCUSE de Reception |



Date et heure : 17/08/2023 11:26

MME BASSIR JAMILA

ANG R ROME R ABDESLAM

KHATB 7

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

82517850

Nom et prénom Assuré :

BASSIR JAMILA

Immatriculation :

93602296

090123522

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BASSIR JAMILA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE RD146

Valeur en Dirhams :

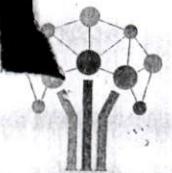
462,30

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :



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° : 230725052**

Casablanca le 25-07-2023

:

**Mme Jamila BASSIR**

Date de l'examen : 25-07-2023

INPE : 093060911

L A B O R A T O I R E

Analyses :

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

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 145 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams.

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 25-07-2023

Analyses :

Laboratoire TOUZANI		
d'Analyses Médicales		
Secrétariat		
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	
0100	Acide urique	
0134	Triglycérides	

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 145 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante-cinq dirhams.

**La Qualité est notre souci permanent**

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°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 001613723000036



Ce plug-in n'est pas pris en charge

Accueil > Application > assuré app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth)   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

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	907,30	569,50	35,30	604,80
82517850	17/08/2023	BASSIR JAMILA	462,30	282,30	5,00	287,30
82517883	17/08/2023	BASSIR JAMILA	445,00	287,20	30,30	317,50

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

★★★★★



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

54.10<sup>x3</sup>

**Mme BASSIR JAMILA**

LARMABAK: collyre

1 goutte 3 fois par jour , dans les deux yeux, pendant 3 Mois

162.30

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%  
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

الدكتور بنعبد الرزاق محمد علي  
إختصاصي في أمراض وجراحة العيون  
Dr. BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPTOMOLOGISTE  
36, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
Tél : 0522 86 05 57 Casablanca

Casablanca , le - 15/08/2023

0522.86.05.57 / 58 شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة أ، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 58 / 0522.86.05.57  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 06 64 17 10 21 - URGENCES : 06 64 17 10 21