

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 : 3098

Société : RAY

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MESSAOUDI, Fouzia

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse :

Tél : 0644 00 9891

Total des frais engagés : 7817

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 :

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 : Le : 7/09/2022

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 - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	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	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Début d'Execution	Fin d'Execution	Coefficient des Travaux	Montants des Soins	Date du devis	Date de l'Execution
<img alt="Diagram of the dental arch showing numbered teeth from 1 to 8 on both upper and lower arches											

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء و أثمناتها بالوصفات المرسلة.
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 و الوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطاء 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 تصریح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة 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 رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Cachet et signature de ma mutuelle </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> توقيع و طابع التعاونية </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Identification de l'agent : _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> Date de dépôt du dossier : _____ </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 5px;"> تاريخ الإيداع: _____ </div>	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض
Feuille de soins Maladie		Assurance Maladie Obligatoire
N°Bordereau :	N°Dossier :	رقم رقم
خاص بالمومن له (لها)		
الاسم العائلي والشخصي :		
N° Affiliation :		
N° Immatriculation :		
N°CIN :		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)		
Conjoint <input type="radio"/> زوج <input checked="" type="radio"/> Enfant <input type="radio"/> ابن		
العنوان :		
Montant des frais (Dhs) :		
Nombre de pièces jointes :		
تصريح الطبيب المعالج		
Bénéficiaire de soins		
الاسم العائلي و الشخصي :		
Date de naissance :		
N° CIN :		
جنس : ♂ ذكر <input checked="" type="radio"/> أنثى <input type="radio"/> امرأة		
Identification du médecin traitant		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس		
Type de soins		
نوع العلاجات		
Maladie <input type="radio"/>	مرض <input type="radio"/>	تم تقديم الظرف المغلق <input checked="" type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Maternité <input type="radio"/>	أمومة <input type="radio"/>	تاريخ الحمل :
Hospitalisation <input type="radio"/>	استشفاء <input type="radio"/>	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident <input type="radio"/>	حادث <input type="radio"/>	تاريخ الاستشفاء :
		تاريخ الحادث :
		أسباب الحادث :
أشهد بصحبة كل ما ذكر أعلاه		
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant.		
Fait à :	حرر ب :	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
le :	في :	Fait à :
توقيع المومن له (لها)		
Signature de l'assuré(e)		
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية		
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins		

CIM - 10

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

التاريخ Date d'exécution	ال豢ن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cache du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/08/23	131.80	صيدلانية السلامة PHARMACIE AL-SALAMA IBN LKHAYAT IDRISI Najia Rue Jordonie Fes Bora - 05 35 62 13 00
		INP: 142052091
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]

CIM - 10 :Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP:

Actes Paramédicaux

التاريخ 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
INP: [] [] [] [] [] []					
INP: [] [] [] [] [] []					
INP: [] [] [] [] [] []					

INP:



Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Biologiste

مركز التحاليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC

Laboratoire des Analyses Médicales

مختبر حاصل على شهادة الجودة AFNOR ISO 9001 v 2015



N° 2021/03-307 . 1

FACTURE N° : 2306060303

FES : 06-06-2023

Enf. YOUSFI HAMZA

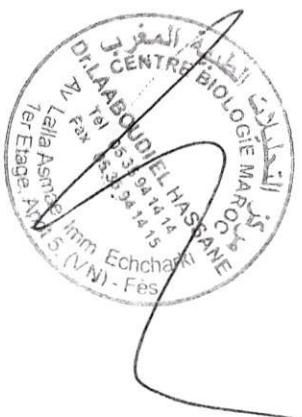
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10	E
FRAIS	FRAIS	E0	E
	TRANSAMINASES	B100	B
	ASLO (Ac anti-streptolysine)	B80	B
	CRP	B100	B
	NFS	B80	B

Total des B : 360

Montant total: 400.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams



CNSS: 7485453 - Patente: 13100685 - I.F: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1^{er} Etage, Appt 5, (VN) - Fès

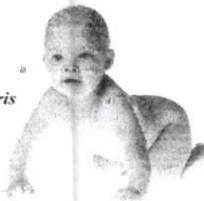
Tél : 05 35 94 14 14 , Fax : 05 35 94 14 15 , Biologiste : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences : 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68

Prélèvement à domicile 24/24

Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et Paris
Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'enfants de Rabat
Ex. Médecin Chef du Service de Pédiatrie
à l'Hôpital Ibn Khatib de Fès



الدكتور حجاني الجيلالي

اختصاصي في طب الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بالرباط وباريس
طبيب متخصص بمستشفى الأطفال بالرباط - سابقا
رئيس مصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن الخطيب بفاس - سابقا

Fès, Le... 0.6 6 2003

INPEE : 141070920

Yousf - Hajj-

- F
- OGF
- ASW
- T du nom avec 66
CWS



Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français, 1er étage - Fès
Tél: 05 35 65 08 08
Fax: 05 35 65 40 50

38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français, 1^{er} étage - Fès

Fax: 05 35 65 40 50 Tél: 05 35 65 08 08

E-mail : hajjanijilali@hotmail.com

Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre

Diplômé des Facultés de Médecine de Rabat et Paris
Ex. Pédiatre à l'Hôpital d'enfants de Rabat
Ex. Médecin Chef du Service de Pédiatrie
à l'Hôpital Ibn Khatib de Fès



الدكتور حاجاني الجلالي

اختصاصي في طب الطفل والرضيع

خريج كلية الطب بالرباط وباريس

طبيب متخصص بمستشفى الأطفال بالرباط - سابقا

رئيس مصلحة طب الأطفال بمستشفى ابن الخطيب بفاس - سابقا

Fès, Le 26.06.2023

INPEE : 141070920

Yousfi Hajjani

No Sousse

Mme Nohal 17 m-

- 2 ans 1/2

Doliprane 500 mg
PARACETAMOL
16 comprimés effervescents
6 118000 040354

Pr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, 1^{er} étage
L'Institut Français, Fès
Tél: 05 35 65 48 58
Fax: 05 35 65 40 50

S.V.

16.00

15.80

S.V.

38

131.80

AMOX® Adulte
ACICILLINE-ACIDE CLAVULANIQUE
0.5mg
16 SACHETS
6 118000 04116

Dr. HAJJANI Jilali
Pédiatre
38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, 1^{er} étage
L'Institut Français, Fès
Tél: 05 35 65 08 58
Fax: 05 35 65 40 50

ASSALAMA

WAL

38, Rue Ahmed Loukili, App. 11, Face à l'Institut Français, 1^{er} étage
Fax: 05 35 65 40 50 - 05 35 65 08 08
الهاتف: 05 35 65 08 08

E-mail : hajjani@fes.a hotmail.com



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 1

PAYE

ACCORDE 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	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
81467158	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	781,80	531,91	106,01	637,92
81467203	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	1 270,50	775,86	167,77	943,63
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

XXXXXX

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

★★★★★