

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **03569**

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**DIAMANE MOSTAFA**

Date de naissance :

**18/07/1955**

Adresse :

**lot El Othmania n° 62 Sidi Maamouf**

Casa

Tél. : **06 66 18 09 44**

Total des frais engagés : **33.262,00**

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

**EL HARRAMI NAJIMA** Age : **67ans**

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 : **10/10/2013**

Signature de l'adhérent(e) :

*Casa*

**M23-0027248**

**178 373**

Autres

## 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 - RADIOGRAPHIES

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
		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

A diagram of a dental arch, likely a maxillary arch, showing the arrangement of upper teeth. The teeth are numbered 1 through 8 on both the upper and lower arches. A central point, labeled 'P', is marked on the arch. The arch is oriented with 'H' at the top, 'D' on the left, 'G' on the right, and 'B' at the bottom.

### (Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : ..... تاریخ الایدیع : .....

### 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 المشتراء وأثمانتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 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 رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

GSM 06 66 18 09 44

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم



N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : EL HARRAMI NAJIMA

133395

032405840

1131396

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

adresse : Lot EL OTHMANIA N° 62 SIDI MAAROUF Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 33 962,00

09

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

الإسم العائلي والشخصي : EL HARRAMI NAJIMA

07.03.56

1131396

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

### Identification du médecin traitant

N° INP

091048900

#### Type de soins

Maladie \*

Maternité \*

Hospitalisation \*

Accident \*

مرض \*

أمومة \*

استشفاء \*

حادث \*

Pli confidentiel remis\* :

Oui

Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'esthésie :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : 13/04/2023

حرر : .....

في : .....

ناتج الاقرائض له (لها)

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : 14/04/2023

حرر : .....

في : .....

ناتج الاقرائض له (لها)

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

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

#### **description des actes effectués**

## وصف العملات المحرّاة

## ج- الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	النعن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
17/13/2023	168,00	
INP :		
INP :	092008556	
INP :		

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء، الاشعة و الصو

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات



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

Accueil > Application > assure.app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/[Allez à la connexion](#))

 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](#) [ENREGISTRE 2](#) [REJET 1](#) [PAYE](#)

● 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	-	02/10/2023	Virement	-	33 262,00	10 780,00	52,00	10 832,00
<b>80372131</b>	14/04/2023	Payé en : 170 jours		EL HARRAMI NAJIMA	33 262,00	10 780,00	52,00	10 832,00
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 994,25	706,58	117,70	824,28
1	-	02/08/2023	Virement	-	500,00	280,00	40,00	320,00
2	-	28/06/2023	Virement	-	5 437,00	1 264,00	3,00	1 267,00
1	-	01/06/2023	Virement	-	1 658,00	680,60	89,28	769,88
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 000,00	400,00	50,00	450,00
1	-	22/03/2023	Virement	-	3 347,50	1 739,25	402,44	2 141,69
1	-	02/03/2023	Virement	-	500,00	120,00	5,00	125,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	796,40	198,00	13,20	211,20

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

MME EL HARRAMI NAJIMA  
 LOT ELOTMANIA N62 SIDI MAAR  
 OUF  
 CASABLANCA  
 CASABLANCA CENTRE DE TRI  
 20000

Royaume du Maroc



N° de Dossier : 80392587 / 80372131 Date et heure : 17/04/2023 09:35

Nom et prénom Assuré : EL HARRAMI NAJIMA

Immatriculation : 93405840 / 090080407

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: EL HARRAMI NAJIMA

/ 01

Type de dossier : COMPLEMENT D'INFORMATION

Lieu de réception : CASA SIEGE 90170

Valeur en Dirhams : 33.262,00 Nombre de pièces : 8

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE480

Nom Etablissement :

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISI  
Moulay Jaâl

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS  
SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)  
MALADIE ET CHIRURGIE DU  
Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou  
Surdité - Vertige  
Ronflement

الدار البيضاء، في ..... ٢٣/٠٣/٢١ Casablanca, le ..... ٢٣/٠٣/٢١

الدكتور البديور الإدريسي  
مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس  
اختصاصي في أمراض الأذن، الأنف والحنجرة  
جراحة الرجه والعنق  
الشخير

ELHARRAM? MAGIM?

171.30 x 4

① TANAKA ANICP

15

OLKHOLA LIBRARY  
S. P. M. W. D. S. I. D. G. C. 1000  
10/10/1982  
Rahat CT Route 1100  
Lohs 88  
Andhra Pradesh  
Dr. C. H. Acharya  
Incepted 1972  
OLKHOLA

19, 40

⑧

July 5  
1961

169° S 28.11.55.72

94 - شارع 11 بناية الطابق الأول ( مقابل مستشفى كلية العين ) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 44 55 72

94, Bd. 11 Janvier - 1er Etage (en face Cinema Colisée) - Casablanca - Tél. : 05.22.44.55.72

وَالْمُؤْمِنُونَ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ الْمُؤْمِنَاتُ

MOULDED 32000

~~1246: 807~~ 1246: 807

Teil 05 22

ANTIBIO SYNALAR

ANTIBIO SYNALAR  
GOUTTES  
AURICULAIRES 10 ml



6 118000 120254

- التعليمات، كيغدة ر مواعي الستعمال: إنرا المثرة.  
- لا يترك في متناول الأطفال.

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBES



6 118000 011545

tanakan 40 mg

30 COMPRIMÉS ENROBES



6 118000 011545

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISI  
Moulay Jaïl

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS  
SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)  
MALADIE ET CHIRURGIE DU  
Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou  
Surdité - Vertige  
Ronflement

Casablanca, le

17.03.23

الدكتور البودور الإدريسي  
مولاي جلال



خريج كلية الطب بباريس  
الخالصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة  
جراحة الوجه والعنق  
الشيخ

الدار البيضاء، في

FACTURE

EXAMEN MEDICAL

Consultation	250
Examination	50
Audiometrie	30
	600

Dr EL BOUDOUR EL IDRISI  
Moulay Jaïl

05 22 44 55 72  
94، شارع 11 يناير (الطريق الأولى) (مقابل سينما كوليزي) - الدار البيضاء - الهاتف : 72 : 94, Bd. 11 Janvier - 1er Etage (en face Cinema Colisée) - Casablanca - Tél. : 05.22.44.55.72

Docteur EL BOUDOUR EL IDRISI

Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS

SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)

MALADIE ET CHIRURGIE DU

Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou

Surdité - Vérité

Ronflement



الدكتور البدور الإدريسي

مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأنف، الأنف والحنجرة

جراحة الرجه والعنق

التخصص

Casablanca, le 11/03/23 الدار البيضاء، في

EL HAKIM NAGIM

~~SMITH M~~

~~Swen Schneel~~

~~Ms. Name sv~~

~~de Sport~~

~~Necessity to apply~~

~~and Ibtew~~

JBK TECHNOLOGIES - AUITE  
Boulevard Hassan II Casablanca  
Tél: 05 22 44 55 72

Dr. EL BOUDOUR IDRISI

Moulay JALAL

94 شارع 11 يناير الطابق الأول ( مقابل سينما كوليسير) - الدار البيضاء - الهاتف 05 22 44 55 72  
94, Bd. 11 Janvier - 1er Etage (en face Cinéma Colisée) - Casablanca - Tél. : 05.22 44 55 72

**DOCTEUR EL BOUDOOUR EL IDRISI  
MOULAY JALAL**

Diplôme de la faculte de Paris  
Spécialiste en ORL (CES)  
Maladie et chirurgie du nez - gorge  
oreille - face - cou - Ronflement

*Consultation*  
*Dr. El Boudour El Idrissi*  
*INPE: 091045290*  
*TÉL: 05 22 44 55 72*

94. Bd. 11 Janvier - 1er Etage  
(en face Cinema Colisée) - Casablanca  
TÉL. : 05 22 44 55 72

**DOCTEUR EL BOUDOOUR  
EL IDRISI MOULAY JALAL**

Diplôme de la faculte de Paris  
Spécialiste en ORL (CES)  
Maladie et chirurgie du nez - gorge  
oreille - face - cou - Ronflement

Nom : EL HAFNA

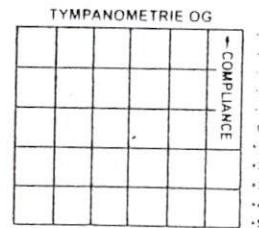
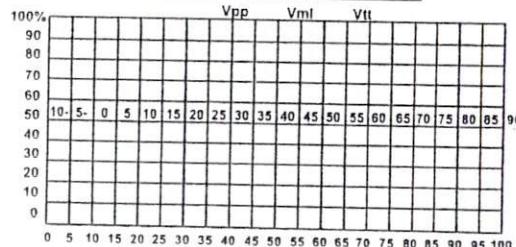
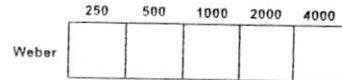
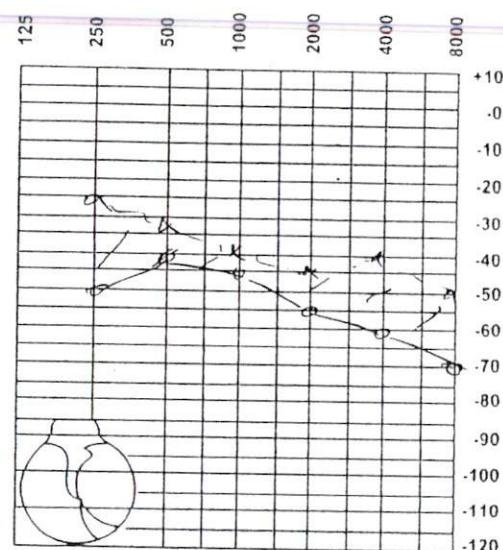
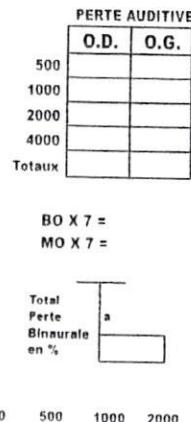
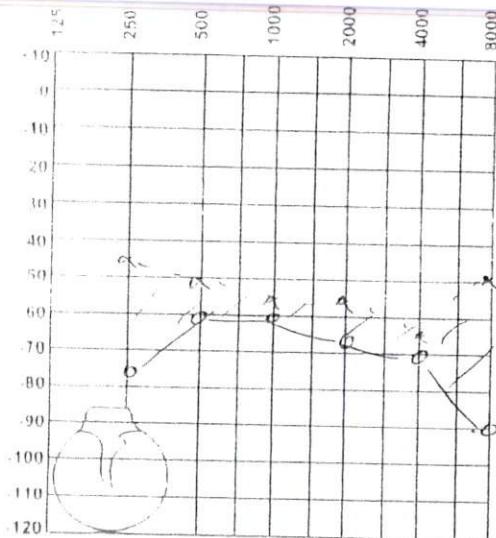
Prénom : Najima

Age :

Profession:

Adresse :

Date: 17/03/23





**Nom de patient :**  
Mme. EL HARRAMI NAJIMA

**FACTURE N°206/2023**

**Date 13/04/2023**

Quantité	Désignation	Prix unitaire HT en DH	Montant HT en DH
2	Prothèses Auditives : CONTOUR D'OREILLE NUMÉRIQUE REF : OPN S 3 MR R MARQUE OTICON OREILLE DROITE ET GAUCHE	15 500.00	31 000.00
<b>Montant HT en DH</b>			<b>31 000.00</b>
<b>TVA</b>			(*)
<b>Montant Total HT en DH</b>			<b>31 000.00</b>

Vente exonérée en application d'article 91 de CGI.

Arrêtée la présente facture à la somme de trente et un mille dirhams hors taxe.

**MONTANT PAYER PAR CHEQUE N° : 083629**

Les Centres : DESC  
Casablanca ma OPN'S 3, MINIRITE R  
Casablanca aïn LI-ION 2.4G C090  
Rabat l'océan Made in Denmark  
Rabat agdal ☐ (15) 240115  
El jadida ☐ (11) 221229  
Tanger ☐ (11) 221229  
Marrakech ☐ (11) 221229  
Agadir ☐ (11) 221229  
Oujda ☐ (11) 221229  
Nador ☐ (11) 221229  
Khouribga ☐ (11) 221229  
Laâyoune ☐ (11) 221229

QTY 1 09  
SN (21) 39883467  
REF (240) 197094  
FV (8012) 8.0

Li-ion

DESC  
OPN S 3, MINIRITE R  
LI-ION 2.4G C090  
Made in Denmark  
☒ (15) 240115  
☒ (11) 221229  
QTY 1 09  
SN (21) 39883349  
REF (240) 197094  
FV (8012) 8.0

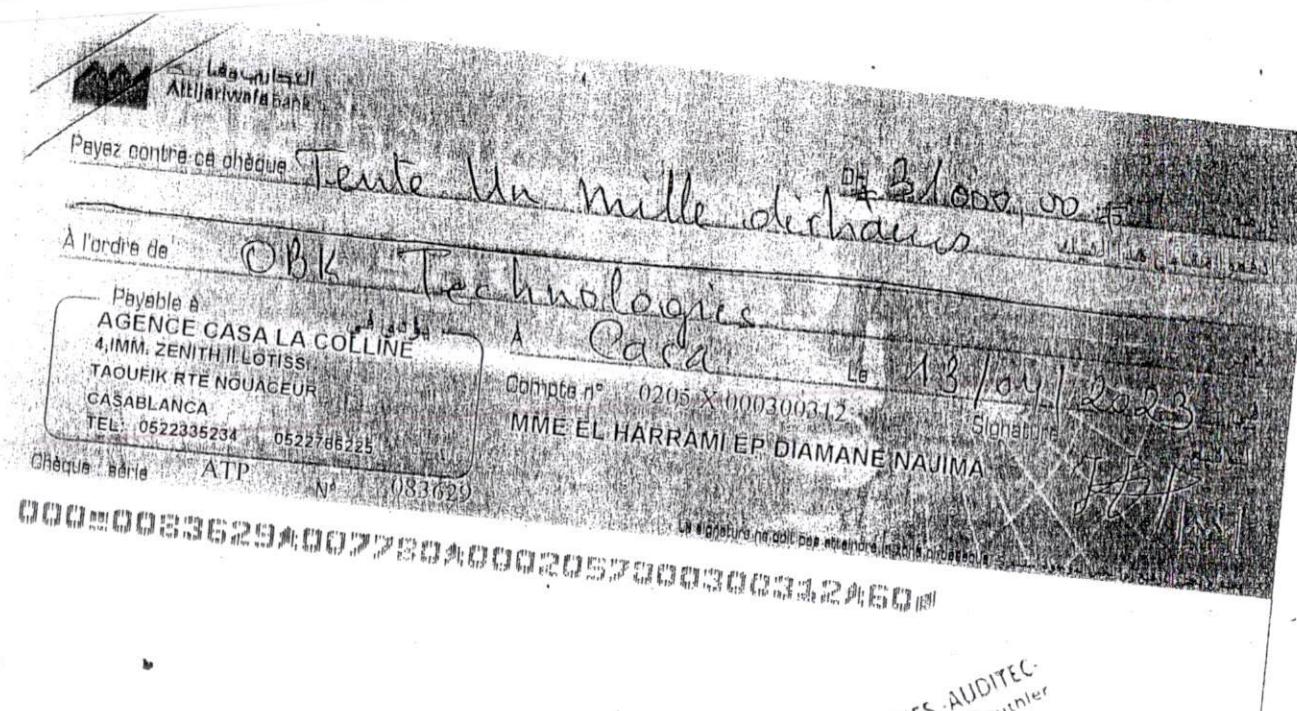
Li-ion

OBK TECHNOLOGIES - AUDITEC -  
60, AV Hassan Souktani, Gauthier  
CASABLANCA  
05 22 20 38 43 / 27 33 86 - 06 61 23 26 71  
BLAZ NABILA

Audioprothésiste  
OUMAMA BELFQUIH  
code INPE : 065038309  
60, av Hassan Souktani  
Casablanca - Tél : 0611 92 23 90

OBK Technologies Groupe

Souktani - Casablanca • Tél. : 05 22 20 38 43 / 27 33 86 • GSM : 06 61 23 26 71  
Site Bancaire : BMCE : Centre d'affaires Maarrif 011.780.00.00.65.210.00.09327.94  
Attijariwafa Bank : Centre d'affaire Porte d'Anfa 007.780.00.04.09.500.00.02632.16  
03316451 • Patente : 35545398 • CNSS : 6805876 • I.C.E : 000042832000067



Docteur EL BOUDOOUR EL IDRISI  
Moulay Jalal

DIPLOME DE LA FACULTE DE PARIS  
SPECIALISTE EN O.R.L (C.E.S.)  
MALADIE ET CHIRURGIE DU  
Nez - Gorge - Oreille - Face - Cou  
Surdité - Vertige  
Ronflement



الدكتور البودور الإدريسي  
مولاي جلال

خريج كلية الطب بباريس

اختصاصي في أمراض الأذن ، الأنف و الحنجرة

جراحة الوجه والعنق

التشخيص

Casablanca, le ..... الدار البيضاء، في

41 / 4 / 83

EL HARRAMI

NAGIMA

2. E - A

\_\_\_\_\_

M





Centre International des Aptitudes Médicales

المركز الدولي للخبرات الطبية - International Center of Médical Skills



EL HARRAMI NAJIMA

LE : 11/04/2023

FACTURE N° 0011/2023

FACTURE N° 0011/2023

Facture de Mme EL HARRAMI NAJIMA pour Examen PEA K39

(La somme de Mille Dirhams (1500,00 Dhs)

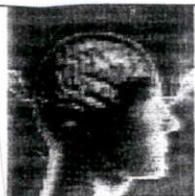
Arrêté la présente facture à la somme de Mille cinq cent dirhams.

ICE : 001915271000032

Centre International des Aptitudes Médicales  
Casablanca - Maroc

## Latency Analysis

Centre International des Aptitudes Médicales  
11 avr. 2023 11:36:52



Name: EL HARRAMI  
Forename: NAJIMA  
born: 07/03/1956  
Remark:

Measuring mode: Bera  
Session: 11/04/23 Click rar  
measured: 11 avr. 2023

L: Mme EL HARRAMI NAJIMA PRESENTE UNE SURDITE DE -60 db OD et -40db OG

