

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'Hs
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-011429

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : R 77 177136

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI

Date de naissance : 30/06/52

Adresse : CA 29

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 840,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : Dossier

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 : CA 29

Le : 08/10/23

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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 Coefficients	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	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

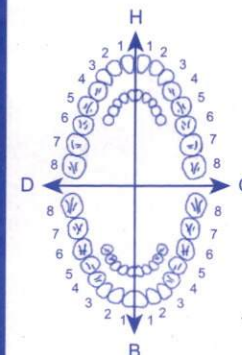
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 s'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 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.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملفه، طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبإحدى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة و/أو جراح المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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).

للزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق، www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

 رقم الهاتف (اختياري): 0672833391
 N° du (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

 الاسم العائلي والشخصي: **Touma ZINE**

 رقم الانخراط: **263478**

 رقم التسجيل: **242874741**

 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1377280**

 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): **ابن** ☐ **زوج** ☐ **Conjoint**

 العنوان: **119 bd Daudoudou Sidi Maarauf Casa Blanche**

 إجمالي المصاريف (بالدرهم): **840,00 DH**
 عدد الوثائق المرفقة: **1 piece**

 Montant des frais (Dhs):
 Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

 الاسم العائلي والشخصي: **Zine Touma**

 تاريخ الميلاد: **05/09/1998**

 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1377280**

 الجنس: **أنثى** ☐ **ذكر** ☐ **Masculin**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج

Type de soins

 Maladie* ☐ **مرض** *
 Maternité* ☐ **أمومة** *
 Hospitalisation* ☐ **إستشفاء** *
 Accident* ☐ **حادث** *

 تم تقديم الظرف المغلق*: **oui** ☐ **non** ☐
 تاريخ الحمل: **01/01/2023**
 التاريخ المرتقب للولادة: **01/01/2023**
 تاريخ الاستشفاء: **01/01/2023**
 تاريخ الحادث: **01/01/2023**
 أسباب الحادث:

 Fait à: **Casa Blanche**

 Le: **05/09/2023**

 توقيع المؤمن (ة)
 Signature de l'assuré (e)

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

 Fait à: **Casa Blanche**

 Le: **05/09/2023**

 أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent: **O.M.F.A.M.**
 Date de dépôt du dossier: **06/09/2023**
 تاريخ الإيداع: **06/09/2023**
 Réception Traçabilité

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
2016/2023	442,000	 DR. OTHMAN MENTAD Lotissement Al Hamd N°9 Deroua Tel 0620 040 412
20	INP: 262093816	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الأحياء، الأشعة والصور

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 ومطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

Professeur EL HAMAOUI Youssef
Psychiatre - Psychotérapeute



Ancien Professeur de Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Casablanca
 Ancien Médecin Responsable du service des Urgences Psychiatriques
 au CHU Ibn Rochd

Ancien Psychiatre des hopitaux de Lyon, France
 Hyponse Médicale
 Thérapie Interpersonnelle
 Thérapie Cognitive et Comportementale

Sur Rendez-vous

الدكتور الحماوي يوسف
طبيب نفساني

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء
 طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستعجلات
 النفسية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
 طبيب نفسي سابق بمستشفى ليون بفرنسا
 التنويم المغناطيسي الطبي
 العلاج النفسي بين شخصين
 العلاج السلوكي المعرفي
 بالميعاد

Casablanca le 20 JUIN 2023
 الدار البيضاء

83,70 DA X 2

Zine Tounis

1253

① Deuxat

273.00 DA 15/5 - at

② Nervax

15/5 - at

PHARMACIE ELQODS
 DR. OTHMAN MENIAR
 Lotissement A. H. 19 Dergua
 Tel 0520 940 412

Tu de 1mg

③ Alprazolam

15/5 - at

463.4 DA
 PHARMACIE ELQODS
 DR. OTHMAN MENIAR
 Lotissement A. H. 19 Dergua
 Tel 0520 940 412

Professeur EL HAMAOUI Youssef
 Psychiatre - Psychotérapeute
 227, Bd. Ghandi, 2ème étage, N° 03
 Casablanca - Tél. 05 22 99 47 27

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651661
118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
Ain El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 651886
118001 140237

118001 272297
Nervox 75mg
Préparations
60 capsules

19/07



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

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	-	30/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
81836783	06/07/2023	Payé en : 55 jours		ZINE TOURIA	840,40	441,10	161,90	603,00
- 3	-	28/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
81245447	02/06/2023	Payé en : 26 jours		ZINE TOURIA	336,70	177,69	49,01	226,70
81245506	02/06/2023	Payé en : 26 jours		ZINE TOURIA	1 725,80	687,25	254,25	941,50
81245388	02/06/2023	Payé en : 26 jours		ZINE TOURIA	865,50	400,08	144,32	544,40
- 1	-	12/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
80209573	06/04/2023	Payé en : 66 jours		ZINE TOURIA	1 200,00	480,00	120,00	600,00
- 1	-	22/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
79061197	08/02/2023	Payé en : 42 jours		ZINE TOURIA	485,30	285,41	110,89	396,30
- 1	-	20/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
78793384	25/01/2023	Payé en : 54 jours		ZINE TOURIA	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90
- 1	-	05/01/2023	Virement	-	277,80	93,66	40,14	133,80
77418569	14/11/2022	Payé en : 52 jours		ZINE TOURIA	277,80	93,66	40,14	133,80



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)

☆☆☆☆

432.874741
 Aff. 363178
 C.W. B 377280
 ZINE TOURIA



Assurés | Producteurs de soins | Employeurs | Plan du site

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés
Licence SQLi

MME ZINE TOURIA

NR 179 LOT DANDOUNE SIDI

MAAROUF

CASABLANCA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

81836783

Date et heure : 06/07/2023 11:27

Nom et prénom Assuré :

ZINE TOURIA

Immatriculation :

43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams :

840,40

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :