

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.

Declaration de Maladie

N° W21-827471



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

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rhita

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666 957545

Total des frais engagés : 163,91

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

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'at

mutuelle conseil de la Mutuelle.

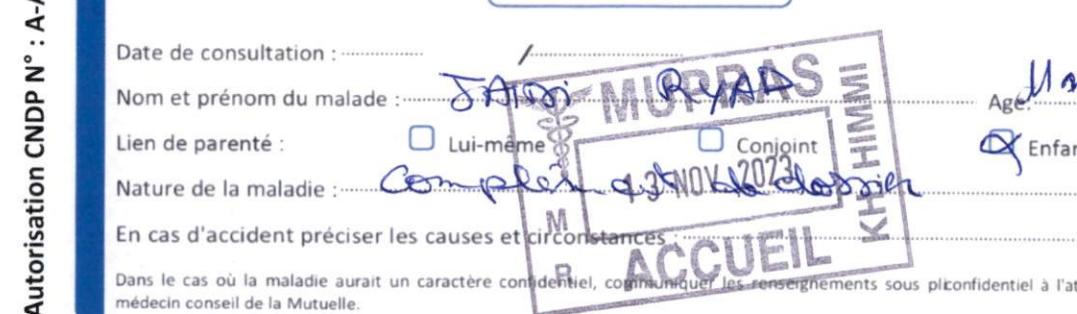
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CARABAN

Le : 13/11/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

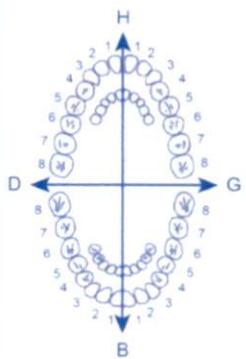
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

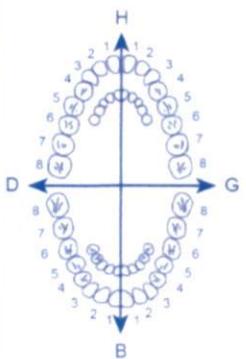
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

ille de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales nances médicales, factures, résultats des ns de radiologie et/ou de laboratoire)

m et prénom de la personne soignée nt être portés par les praticiens eux s sur chaque feuille de soins

rospectus et les PPM concernant les aménagements achetés doivent être joints aux nances transmises.

ille de soins ainsi que les pièces justifi es doivent être présentées à la CNOPS es deux mois qui suivent le premier acte al, sauf s'il y a traitement médical u. Dans ce dernier cas, le dossier doit résenté dans les soixante (60) jours qui ivent la fin du traitement.

m boursement des frais engagés sera ué sur la base de la tarification nationale érence.

isques liés aux accidents du travail et lies professionnelles ne sont pas couvert

personne coupable de fraude ou de déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est possible des ions légales et réglementaires

igation de remboursement prise par la PS est subordonnée au respect des cond réglementaires et de ce qui précède.

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى المسندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ضرب شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المتصروفة 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 معنحة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية و بكل ما يسبق ذكره.

توقيع و طابع التعاونية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاریخ الإيداع :

CNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Nom et prénom : JAIDI NOUNIR

55222

710604111

N° CIN :

AB111927

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

Résidence El Mansour. Imb 46, Appt 4
20210 Casablanca

Montant des frais : 1163,91 Dhs

Nombre de pieces jointes : 5

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

JAIDI RYAD

118062012

تاريخ الإزدياد :

N° CIN :

.....

Sexe* :

M ذكر أنثى

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

*

N° INP

10581887PH

Type de soins

Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض*	Pli confidentiel remis* :	Oui	Non	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité*	<input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse :	.....	.....	تاريخ الحمل :
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> استشفاء*	Date prévue d'accouchement :	.....	.....	التاريخ المرتفق للولادة :
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation :	.....	.....	تاريخ الاستئناف :
		Date d'accident :	.....	.....	تاريخ الحادث :
		Causes :	.....	.....	أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : Kenitra
le 11/08/2018
في : 11/08/2018
توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

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

Fait à : 11/08/2018
في : 11/08/2018
توقيع و طابع الطبيب المعالج او الموسسة الصحية

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

MENSAJERIA GENERAL
Tél: 0525 51 53 07

* اثني عشر شهرياً مائة و خمسين ألف درهماً مائة و خمسين

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

Description des actes effectués

صف العمليات المجرأة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة
description des ordonnances exécutées dispositifs médicaux fournis

توقيع و طابع الصيدلي أو مفون التجهيزات الطبية
Signature et cachet du pharmacien ou fournisseur

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseur des dispositifs médicaux
١١/٨/٢٠٢٣	254,40	

INP: [REDACTED]

INP: | | | | | | |

Actes de Biologie , Radiologie et Imagerie

عمليات: الاحياء، الاشعة و الصور

INP:

Actes Paramedicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[INP:] | | | | | | | |

Docteur Mourad BOUITA
MEDECINE GENERALE

Diplômé : Faculté de Médecine - Rabat
 Faculté de Médecine - Rennes - France

Médecin d'urgence
 Spécialiste en Médecine du sport
 Echographie
 Electrocardiogramme

Tél. : } Cabinet : 05 37 30 50 46
 En cas d'Urgence : 06 61 06 08 07



الدكتور مراد بوعطة
الأطباء العام

خريج : كلية الطب - الرباط
 كلية الطب - رين - فرنسا

طب المستعجلات
 أخصائي الطب الرياضي
 الفحص الصدى
 تحفيظ القلب

العيادة
 في الحالات الاستعجالية : العالق

Kénitra, le 11/8/2023

القنيطرة، في
 1 - Ixor 26,00 Jaidi Riyad 28,00
 2. Batiha in fantis 142,00 Jain - DAHRA 142,00
 1 stick - 1 g 26,00 S.Y.
 3. CALCI BROMAT 20P-
 1 cás le an S.Y.
 = 254,40

Docteur Mourad BOUITA
MEDECINE GENERALE
 Tél. : 05 37 30 50 46 - 06 61 06 08 07

Tél. : 05 37 30 50 46 / Tél. : d'urgence 06 61 06 08 08 (Ouled Oujih)
 Kénitra (en face de la poste) (مقابل مكتب البريد أولاد اوجي)
 N° 170, Bloc G1 Ouled Oujih Kénitra en face de la poste)

Docteur Mourad BOUITA
MEDECINE GENERALE

Diplômé : Faculté de Médecine - Rabat
Faculté de Médecine - Rennes - France

Médecin d'urgence
Spécialiste en Médecine du sport
Echographie
Electrocardiogramme

Tél. : **Cabinet** : 05 37 30 50 46
En cas d'**Urgence** : 06 61 06 08 07



الدكتور مراد بيوطة
الطب العام

خريج : كلية الطب - الرباط
كلية الطب - رين - فرنسا

طب المستعجلات
أخصائي الطب الرياضي
الفحص الصدى
تخطيط القلب

العيادة : العيادة
العالي في الحالات الاستعجالية : الحالات

Kénitra, le : 11/8/2023 القنيطرة، في :

Jaidi

Riyad.

1. Ac anti *hans g Intaminases*
2. Soreg *helicobacter*
Riyad

Laboratoire GENELAB
Ouled Oujih
M. BENAZZOUI
Mobile: 05 37 30 50 46 - 06 61 06 08 07
Fax: 05 37 30 50 46 - 06 61 06 08 07
Prix: 100 Dhs

Docteur Mourad BOUITA
MEDECINE GENERALE

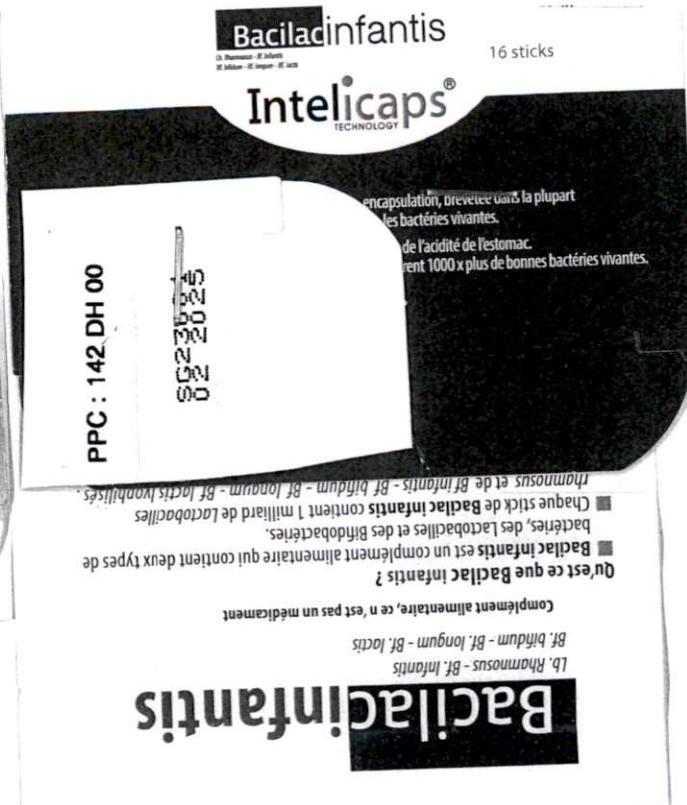
Tél. : 05 37 30 50 46 - 06 61 06 08 07
N° 170 , Bloc G1 Ouled Oujih
Kénitra (en face de la poste)

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
150823-078



Jaidi Ryad
D.N. : 18/08/2012

Tél. : 05 37 30 50 46 / Tél. : d'urgence: 06 61 06 08 07
رقم 170 ، بلوك اولاد وجيه القنيطرة (مقابل مكتب البريد اولاد وجيه)
N° 170, Bloc G1 Ouled Oujih Kénitra en face de la poste)





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

Accueil > Application > assure app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deConnexion)  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	-	03/11/2023	Virement	-	4 163,91	2 498,17	529,78	3 027,95
83196594	27/09/2023	Payé en : 37 jours		JAIDI RYAD	1 163,91	698,17	169,78	867,95
82628256	28/08/2023	Payé en : 67 jours		JAIDI MOUNIR	3 000,00	1 800,00	360,00	2 160,00
■ 2	-	02/10/2023	Virement	-	964,70	522,50	102,50	625,00
■ 1	-	08/09/2023	Virement	-	2 170,31	1 577,11	385,35	1 962,46
■ 2	-	18/08/2023	Virement	-	3 587,50	1 434,60	340,68	1 775,28
■ 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>)



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 15/08/2023

Facture N° 150823-078 du 15/08/2023

CNOPS

Dr : bouita mourad

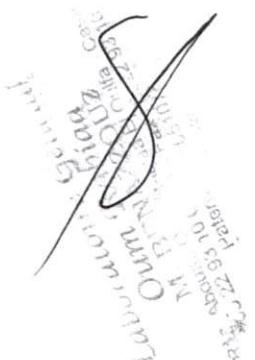
N°Bon de soin Mle

Patient :JAIDI Ryad

Analyses	Valeur en B	Montant
Rendez-vous	0	0,00
AC ANTI - TRANSGLUTAMINASE IGA+IGG	500	550,00
SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI	180	198,00
Total B	680	748,00
APB	1,0	11,51
Total		759,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent cinquante-neuf dirhams 51 centimes***





مختبر التحاليل الطبية جنيلاب "أم الريـع"
Laboratoire de biologie médicale Génélab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحياني



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Enf JAIDI Ryad

Dossier N° : 150823-078

Page : 2/2

ANALYSES HELICOBACTER PYLORI

SEROLOGIE HELICOBACTER PYLORI : 0,03 S/Co
(Technique Vidas)

Interprétation

- < 0,75 : Négatif
- 0,75 - 1 : Equivoque *
- > 1 : Positif *

L'infection à *Helicobacter pylori* est l'infection bactérienne la plus répandue dans le monde.

- Résultat négatif : Infection à *H. pylori* très peu probable.
- Résultat positif :
 - o Exprime la présence d'anticorps anti *H. pylori* de type IgG.
 - o Peut être le témoin d'un contact antérieur ou en cours avec le germe.
 - o Ne permet pas de conclure quant au contrôle d'éradication d'*H. pylori* après la prise du traitement antibiotique.

(*) NB : Pour les résultats équivoques ,ainsi que pour la confirmation d'un résultat positif,

Le meilleur test non invasif pour diagnostiquer une infection, ainsi que pour mettre en évidence l'éradication d'*H. pylori* :
est le test respiratoire à l'urée marquée.

Quant à la recherche de l'antigène d'*H. pylori* dans les selles, malgré une sensibilité diminuée (65% pour le test rapide chromatographique, 88% pour le test ELISA), il présente un intérêt particulier chez l'enfant pour lequel le recueil d'air expiré peut être difficile à réaliser.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement

A:S/P:
V:B/L:

Biogiste assistant
Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GÉNÉLAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire Génélab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casablanca
Tél : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61
Patente : 35051078
ICF : 001084109000068

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الريـع . الـفـة . (أـسـامـ قـرـ الخـطـرـ الـمـلـكـيـةـ الـمـغـرـبـةـ) . إـقـامـةـ أـسـرابـ أمـ الـرـيـعـ . عـسـارـةـ سـ) . الدـلـارـ الـبـيـضاـ

NB : (*) = paramètre accrédité Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

الفاكس : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - Tél. : 05 22 93 10 61 -Fax : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61/ 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgenelab.com

