

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 canaux, 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 canaux.

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.

N° W21-827471

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **A**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12706 Société : RAN

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre** :

Nom & Prénom : EL KARROUNI Rihla

Date de naissance : 10/03/1985

Adresse :

Tél. : 0666957545 Total des frais engagés : 1163,91

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : J. A. M. RYAA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint

Nature de la maladie : Complexe

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 médecin conseil de la Mutuelle.

ACCUEIL

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 : CASABLANCA

Le : 13/11/23

Signature de l'adhérent(e) :

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
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

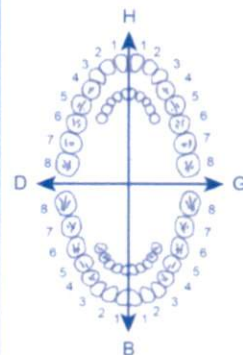
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

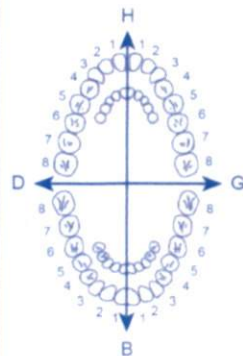
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

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

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

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
t être portés par les praticiens eux
s sur chaque feuille de soins

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

ille de soins ainsi que les pièces justifi-
s 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
présenté dans les soixante (60) jours qui
ivent la fin du traitement.

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

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

personne coupable de fraude ou de
e déclaration pour obtenir des presta-
qui ne sont pas dues, est passible des
ons légales et réglementaires

igation de remboursement prise par la
PS est subordonnée au respect des condi-
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
المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى
المستودع 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 يوما) من
تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف
الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض
المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة
من خدمات غير معتمدة، سيعاقب طبقا للمساطر
القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية
و لكل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) (خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :	JAIDI Nounir	الاسم العائلي و الشخصي :
N° Affiliation :	55222	رقم الانخراط :
N° Immatriculation :	710604	رقم التسجيل :
N° CIN :	AB111327	رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*	Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن	علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*
Adresse :	Résidence EL Mansour, Imb 46, Apt 4 20210 Casablanca	العنوان :
Montant des frais :	1163,91 Dhs	مبلغ المصاريف :
Nombre de pieces jointes :	5	عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant (تصريح الطبيب المعالج)

Bénéficiaire de soins	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom :	JAIDI RYAO
Date de naissance :	18/06/2012
N° CIN :	
Sexe* :	M <input checked="" type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى

Identification du médecin traitant (تعريف الطبيب المعالج)

N° INP	051188704	الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins	نوع العلاجات	
Maldie* <input type="checkbox"/> مرض*	Pli confidentiel remis* : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse :	تاريخ الحمل :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*	Date prévue d'accouchement :	التاريخ المرتقب للولادة :
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation :	تاريخ الاستشفاء :
	Date d'accident :	تاريخ الحادث :
	Causes :	أسباب الحادث :
<p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : Kenitra</p> <p>le : 18/08/2023</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré(e)</p>		<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : 18/08/2023</p> <p>في : 18/08/2023</p> <p>توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins</p> <p>MEDECIN GENERAL</p> <p>Tel: 05 22 22 22 22</p>


- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخالي من
البيان

وصف العمليات المجراة

CIM-10

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفقوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مقيم التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
11/8/2023	254,40	
INP: [] [] [] [] [] [] [] []		
INP: [] [] [] [] [] [] [] []		

عمليات: الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

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 :
En cas d'Urgence :

05 37 30 50 46
06 61 06 08 07



الدكتور مراد بيططة

إطّب العام

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

طب المستعجلات
أخصائي الطب الرياضي
الفحص الصدّي
تخطيط القلب

الماتف : العيادة
في الحارات الإستجالية :

Kénitra, le 11/8/2023 : القنيطرة، في

26,00 JAÏDI Riyad
1 - Ixor 142,00
142,00 BACALAC in fantis
2 - 1 shik-1 g
26,40
3 - CALIBRONAT 1 cas le air
= 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 07
Kénitra, en face de la poste
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



الدكتور مراد بيطة
الطب العام

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

طب المستعجلات
أخصائي الطب الرياضي
الفحص الصدّي
تخطيط القلب

Tél. : } Cabinet :
En cas d'Urgence :

05 37 30 50 46
06 61 06 08 07

العيادة :
في الحالات الإستعجالية : { الهاتف

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

JAI Di Riyad.

1. Ac anti transaminases.
2. Serologie Helicobacter pylori.

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"
150823-078



JAIDI Ryad

C.N : 18/08/2012

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)

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

28 comprimés effervescent
 Tube à consigne inférieure à 3
 POSOLOGIE PARTICULIER
 118000 032779
IXOR® 10 mg
 28 comprimés effervescent
 PPV 86DH00
 EXP 05/2025
 LOT 29017 1

PPV 26DH40
 EXP 12/2025
 LOT 28003 1
Calcibronat® 13,3%
 Sirop 200 ml
 118000 030683
 100/13.300
 الدواء

Bacilacinfantis
 16 sticks
Intelicaps®
 TECHNOLOGY
 encapsulation, brevete dans la plupart
 des bactéries vivantes.
 de l'acidité de l'estomac.
 1000 x plus de bonnes bactéries vivantes.
 PPC : 142 DH 00
 118000 030683
 Qu'est ce que Bacilac Infantis ?
 Complément alimentaire, ce n'est pas un médicament
 Lb. Rhamnosus - Bf. Infantis
 Bf. bifidum - Bf. longum - Bf. lactis
 Chaque stick de Bacilac Infantis contient 1 milliard de Lactobacilles
 bactéries, des Lactobacilles et des Bifidobactéries.
 Bacilac Infantis est un complément alimentaire qui contient deux types de
 rhomnosus et de Bf Infantis - Bf bifidum - Bf longum - Bf lactis / Bifidobactéries.



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

Accueil > Application > assure app



 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/deconnecter)
  Ma Situation
  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_labo : 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***

[Signature and stamp of the laboratory]



مختبر التحليلات الطبية جَنَلاَب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génélab

"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUEZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



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:

Biologiste assistant

Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GENE LAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUEZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire GENE LAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUEZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casa
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
Patente : 35051078
I.C.E : 001084109000068

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

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - البنانا - Fax : 05 22 93 10 61 - الفاكس

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



مختبر التحليلات الطبية جَنَلاَب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par

IMANOR

CERTIFICATION

N° 2017 CSMQ.04 : 01

NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : bouita mourad

Tél : 0537305646 Fax :

Casablanca

Edité le : 17/08/2023



Enf JAIDI Ryad

Date naissance: 18/08/2012

Code Patient : 17-07199

CNOPS

Dossier créé le : 15/08/2023

Patient prélevé le : 15/08/2023

INPE GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 150823-078



Heure création: 12:38

Heure Plvt : 12:38

Page : 1/2

ANALYSES D'IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

AC ANTI - TRANSGLUTAMINASE :

AC ANTI - TRANSGLUTAMINASE IGG : 2.5 U/ml
(ELISA SUR ALEGRIA V 45)

négatif < 10 U/ml

positif >= 10 U/ml

AC ANTI - TRANSGLUTAMINASE IGA : <5 U/ml
(Tech Blue Diver. Dot)

1.6 (08/06/23)

Interprétation :

< 5 U/ml : Négatif
5 - 10 U/ml : Taux limite
> 10 U/ml : Positif

Laboratoire Génelab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
25, Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
: 05 22 93 10 60 / 61 - Fax : 05 22 93 10 61
Patente : 35051078
ICE : 001084109000068

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

NB : (*) = paramètre accrédité شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm."C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 : ت.م - Patente : 35051078 - البناتا - Fax : 05 22 93 10 61 - الفاكس

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