

# MANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Sous-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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

195882

M23- N° 0042534

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 02658 Société : RAY

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : MÉNIAR EL MENAÏDJI

Date de naissance : 30/06/1952

Adresse : Casablanca

Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 3736,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Comp Devra faire 3736,00 Age:

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : Boiss

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 : 02/02/2024 Le : 02/02/2024

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 - RADIOGRAPHIES**

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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'ODP.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | Coefficient des travaux |
|                 |                |                  |             | Montants des soins      |
|                 |                |                  |             | Début d'exécution       |
|                 |                |                  |             | Fin d'exécution         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        | C        |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession.

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'ENTRETIEN

### Instructions à suivre

### معلومات يجب اتباعها

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 participants eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 |  |
| توقيع وطابع التعاقدية              |  |
| Identification de l'agent : _____  |  |
| Date de dépôt du dossier : _____   |  |
| Téléphone : _____                  |  |
| Date de dépôt du dossier : _____   |  |
| Signature de l'agent : _____       |  |



CNOPS

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.01.01  
谬误 رقم 01.01.01

N° Dossier :

حروف المؤمن له (طا)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

Touria ZINE

363178

43189174741

B371180

N° Affiliation :

N° Immatrication :

N° CIN :

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : 179 lot 4 Grandou Sidi Miarouf  
العنوان :

Montant des frais (Dhs) :

3736, ٣٧٣٦,

Nombre de pièces jointes :

3 دفعات

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom :

ZINE TOURIA

Date de naissance :

05/03/1958

N° CIN :

B371180

Sexe\*:

Mâle  ذكر

Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie\*  مرض

Maternité\*  امومة

Hospitalisation\*  إستشفاء\*

Accident\*  حادث

Inconférence remise :

oui

non

Date de grossesse :

\_\_\_\_\_

Date prévue d'accouchement :

\_\_\_\_\_

Date d'hospitalisation :

\_\_\_\_\_

Date d'accident :

\_\_\_\_\_

Causes :

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

Fait à : Casablanca

Le : 20/12/2019

في : تونس المؤمن له (الها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بصحبة كل ما ذكر أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessous exactes et vérifiables.

Fait à : Casablanca

Le : 20/12/2019

في : تونس المؤمن له (الها)

Signature et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Etablissement de soins

\* اشطب المفتوح

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

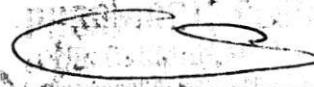
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

## Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

**جريدة الوصيقات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

| التاريخ<br>Date d'exécution | الثمن المفوتر<br>Prix facturé  | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs<br>des dispositifs médicaux |   |   |   |   |   |   |  |
|-----------------------------|--|--|---|---|---|---|---|---|--|
| ٢٠٢٣/١١/٢٣                  | ٤٣٦,٧٤   |    |   |   |   |   |   |   |  |
|                             | INP : ٢٤٦٨٠٩٣٨١٦   |  |   |   |   |   |   |   |  |
|                             | INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr></table> | .  | . | . | . | . | . | . |  |
| .                           | .  | .  | . | . | . | . |   |   |  |
|                             | INP : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td><td>.</td></tr></table> | .  | . | . | . | . | . | . |  |
| .                           | .  | .  | . | . | . | . |   |   |  |

www.ijerph.org

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

14

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

INP: | | | | | | | |



Royaume du Maroc  
Date d'édition : 2011-12-03 12:03:00

ACCÈS DE RÉCEPTION



101  
N. de Dossier : 84882743  
Date et heure : 2011-12-03 12:03

Nom et Prénom Assuré : ZINE TOURIA  
N. de Dossier : 84882743  
Date et heure : 2011-12-03 12:03

Nom et Prénom Béguet/Jasli/Rouge : ZINE TOURIA  
N. de Dossier : 43874741  
Date et heure : 2009-07-28

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Nom de réception : CASA SIEGE 101 13  
N. de dossier : 3 736,00

Ajout au DJLGRMS :  
Code Etablissement :  
Nom d'établissement :  
Abus de réception :  
Montant de billets : 3  
Montant de tickets : 3 736,00



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire

Accueil Prévention Employeurs Mutualités Lien(s) utiles Contact Recherche

ZINE TOURIA

PRODUCTEURS DE SOINS ASSURÉS EMPLOYEURS CNOPS

32.874241  
Aff. 363178  
cim. B377280

Ce plugin n'est pas compatible.

Kioskell | Application | Assurance app

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 Mutualités gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information EN COURS DE TRAITEMENT 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           | -                 | 06/02/2024    | Virement           | -                                | 3 736,00      | 1 320,00 | 30,00    | 1 350,00 |
|               | 84882243          | 20/12/2023    | Payé en : 48 jours | ZINE TOURIA                      | 3 736,00      | 1 320,00 | 30,00    | 1 350,00 |
| ■ 2           | -                 | 05/12/2023    | Virement           | -                                | 2 457,40      | 1 259,10 | 383,90   | 1 643,00 |
| ■ 3           | -                 | 03/11/2023    | Virement           | -                                | 6 399,60      | 1 196,02 | 372,58   | 1 568,60 |
| ■ 1           | -                 | 01/11/2023    | Virement           | O.M.F.A.M Siège Social DFC - AMO | 1 502,00      | 600,00   | 150,00   | 750,00   |
| ■ 1           | -                 | 06/10/2023    | Virement           | -                                | 612,00        | 250,00   | 80,00    | 330,00   |
| ■ 1           | -                 | 30/08/2023    | Virement           | -                                | 849,40        | 441,10   | 161,90   | 603,00   |
| ■ 3           | -                 | 28/06/2023    | Virement           | -                                | 928,00        | 1 265,02 | 447,58   | 1 712,60 |
| ■ 1           | -                 | 12/06/2023    | Virement           | -                                | 1 200,00      | 480,00   | 120,00   | 600,00   |
| ■ 1           | -                 | 22/03/2023    | Virement           | -                                | 485,30        | 285,41   | 110,89   | 396,30   |
| ■ 1           | -                 | 20/03/2023    | Virement           | -                                | 4 726,30      | 1 188,63 | 340,27   | 1 538,90 |
| ■ 1           | -                 | 05/01/2023    | Virement           | -                                | 277,80        | 93,66    | 40,14    | 133,80   |

application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

★★★★★

# Docteur NAJID Siham

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophtalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجدة سهام  
اختصاصية في أمراض وجراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

01 novembre 2023

Mme ZINE Touria



## HYE collyre

1 goutte 3 fois par jour, dans les deux yeux

Traitement pendant : 6 Mois

109,00 Ddhx 4  
T: 436. حـ A/R

Dr Siham NAJID  
Ophtalmologue  
El Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
Rond Point Al Moustaqbal Sidi Maâ - Casablanca  
Tél : 05 22 78 78 07



Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri, Rés. Collaboration 'A' 3ème étg en face Rond point  
al Moustaqbal sidi Maarouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادرى،! قامة تعاون "A" الطابق  
الثالث مقامى، مدار المستقى، سيدى، معروف الدار البيضاء

**Docteur NAJID Siham**

Spécialiste de la chirurgie  
et des maladies des yeux  
Ophthalmologie pédiatrique  
Cataracte / Echographie  
Angiographie  
Laser & Lentilles de contact

الدكتورة نجدة سهام

اختصاصية في أمراض و جراحة العين  
جراحة المياه البيضاء (الجلالة) بالليزر  
طب العيون للأطفال  
تصوير أوعية الشبكية  
العدسات اللاصقة

01 novembre 2023

**Mme ZINE Touria**

Monture + verres correcteurs progressifs Organiques Antireflets,  
Amincis, Filtre anti-lumière bleue

Vision de loin :

OD = + 3.00 (- 0.50 à 175°)

OG = + 3.25 (- 0.50 à 155°)

Vision de près :

ODG = Add : + 2.75

*Dr Siham NAJID*  
Opticien Optométrete  
Angle Bd Al Qods et Bd Abou Bakr  
El Kadiri, Rés Naga A 3ème Etg en Face  
Rond Point Al Moustakbal Sidi Maârouf - Casablanca  
Tél : 05 22 78 78 07

*OPTIC SIDI MAÂROUF*  
AKRAMA Issam / GAYLA Sanaa  
Opticien Optométriste  
Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maârouf  
Casablanca - Tél. : 05 22 58 19 18

Angle bd Al Qods et bd Abou Bakre el Kadiri , Rés. Collaboration 'A' 3ème étg en face Rond point  
al Moustakbal sidi Maârouf - Casablanca / Tél : 05 22 78 78 07 - Email : s.najid@hotmail.com

شارع القدس، شارع أبو بكر القادرى، إقامة تعاون "A" الطابق  
الثالث مقابل مدار المستقبل سيدى معروف الدار البيضاء



نظارات سidi معرف  
Optic Sidi Maârouf

**Facture N° 002850**

Nº 002850

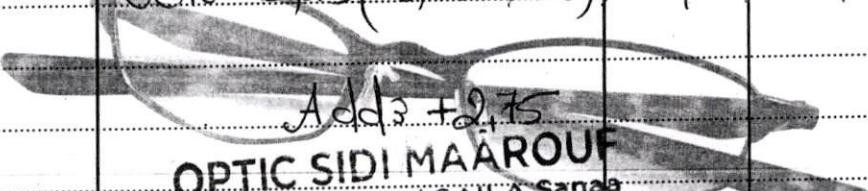
Date : 01/11/23.

Client :

ZINE TOURIA

**Mode de Réglement :**

espece

| Quantité  | Désignation                                    | P.U.            | P. TOTAL |
|---|--|-----------------|----------|
| 01  | un monture                                     | 600,00          | 600,00   |
| 02  | les verres progressifs-<br>organiques ANTI-REF |                 |          |
| 01  | 3 + 3,00 (-0,50 à 175°)                        | 1200,00         | 1200,00  |
| 01  | 0G,3 + 3,25 (-0,50 à 175°)                     | 1200,00         | 1200,00  |
| <br><b>Add 3 + 2,75</b><br><b>OPTIC SIDI MAÂROUF</b><br><u>ARRAMA Issam / GAILA Sanaa</u><br><u>Opticien Optométriste</u><br><u>Hay Najah, Bloc 1 N° 4 Sidi Maârouf</u><br><u>Casablanca - Tel. : 05 22 58 19 18</u> |  |                 |          |
| Arrêtée la présente Facture à la somme de :   |  | Trois -         |          |
| mille dhs   |  | TOTAL TTC       | 3000,00  |
|   |  | Dont T.V.A. 20% | 720      |

**Hay Najah Bloc I N°4 - Sidi Maârouf Ouled Haddou - Tél.: 022.58.19.18 - Casablanca  
Patente 36111560 - R.C. : 350310 - 350312 - I.F. 50711560 - ICE: 001538123000065**