

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
 0 Prise en charge : pec@mupras.com
 0 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 : 7633 Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ZGHAZDIA - HABIB

Date de naissance :

01/01/1955

Adresse :

12C, lot n° 2 Moustakbal, Sidi Maârouf

La Sa

Tél. : 06 66 16 36 98

Total des frais engagés : 20276 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : MIFTAH AZIZI Age: 60

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

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'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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 10/01/2024



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

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

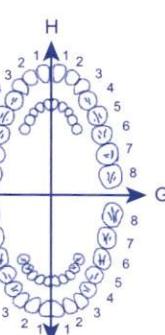
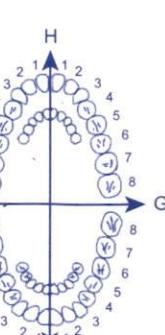
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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			
	$\begin{array}{c c} H & \\ \hline 25533412 & 21433552 \\ 00000000 & 00000000 \\ \hline D & G \\ 00000000 & 00000000 \\ 35533411 & 11433553 \\ \hline B & \end{array}$ <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي :
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : MIFTAH AZIZA

20109559

N° Affiliation :

43213419101414

N° Immatriculation :

BE49417

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن بنت

العنوان :
.....

إجمالي المصاري (بالدرهم) :
.....

Montant des frais (Dhs) :
.....

Nombre de pièces jointes : 8

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins
المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :
Nom et prénom : A212A MIFTAH

Date de naissance :

1230191961

N° CIN :

1361294117

Sexe* :

Masculin Féminin اثنان

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de Santé (INPES) : 10612884512

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة
و مؤسسات العلاج

نوع العلاجات

Type de soins	Pli confidentiel remis* :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق* :
Maladie* <input checked="" type="checkbox"/>	Date de grossesse :	تاریخ الحمل :	
Maternité* <input type="checkbox"/>	Date prévue d'accouchement :	التاریخ المرتقب للولادة :	
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :	تاریخ الاستشفاء :	
Accident* <input type="checkbox"/>	Date d'accident :	تاریخ الحادث :	
	Causes :	أسباب الحادث :	

Fait à : CGS Abidjan	جربا : Le : 21/08/2014
Signature de l'assuré (e)	شهادة بصحة كل ما ذكر أعلاه لأني أقسم بالله العظيم أنا مسؤولة عن صحة المعلومات المكتوبة أعلاه وأتعهد بالبيانات المقدمة هي صحيحة ودقيقة

Fait à : Clinique R.A.P. Périm	جربا : Le : 21/08/2014
أنا مسؤولة عن صحة المعلومات المكتوبة أعلاه وأتعهد بالبيانات المقدمة هي صحيحة ودقيقة	
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.	
Signature : E-mail : direction@cliniquerap.ma	

* Cocher la mention utile pour chaque case

ضع علامة في الخانة المناسبة



Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّة

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Sceau du médecin traitant
29/01/24		CIS		400,000dhs	Dr. Sidi Maârcif - Casablanca Boulevard Abou Bakr Panorama Sidi Maârcif - Casablanca Tél : 05 22 58 96 50 Fax : 05 22 33 55 50 E-mail : direction@clinique-sidi-maârcif.com
21/2/24		Voir Facture joint		11,50	Dr. Sidi Maârcif - Casablanca Boulevard Abou Bakr Panorama Sidi Maârcif - Casablanca Tél : 05 22 58 96 50 Fax : 05 22 33 55 50 E-mail : direction@clinique-sidi-maârcif.com
20/02/24		contrôle	G		Dr. Sidi Maârcif - Casablanca Boulevard Abou Bakr Panorama Sidi Maârcif - Casablanca Tél : 05 22 58 96 50 Fax : 05 22 33 55 50 E-mail : direction@clinique-sidi-maârcif.com

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعموقة **Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية والصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتو Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Dr. BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépato-gastro-
entérologie et Proctologie
Endoscopie digestive
Échographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine - Casablanca
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشريان
المنظار الداخلي للمعدة و القولون
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 20/02/2014

Mme Azzouzi Nf + L
803/00
1/ pylera gel
3gel*4/jr après repas pdt 10jrs
2/ esac 40mg gel
1gel * 2 / jr avant repas pdt 4 sem
3/cibalax
1sachet/jr après repas pdt 1 mois
Puis
4/dexilant 60mg gel
1gel/jr avant repas pdt 1 mois

PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SAKLAU
Lot. Al Moustakbal, Lot. N°7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

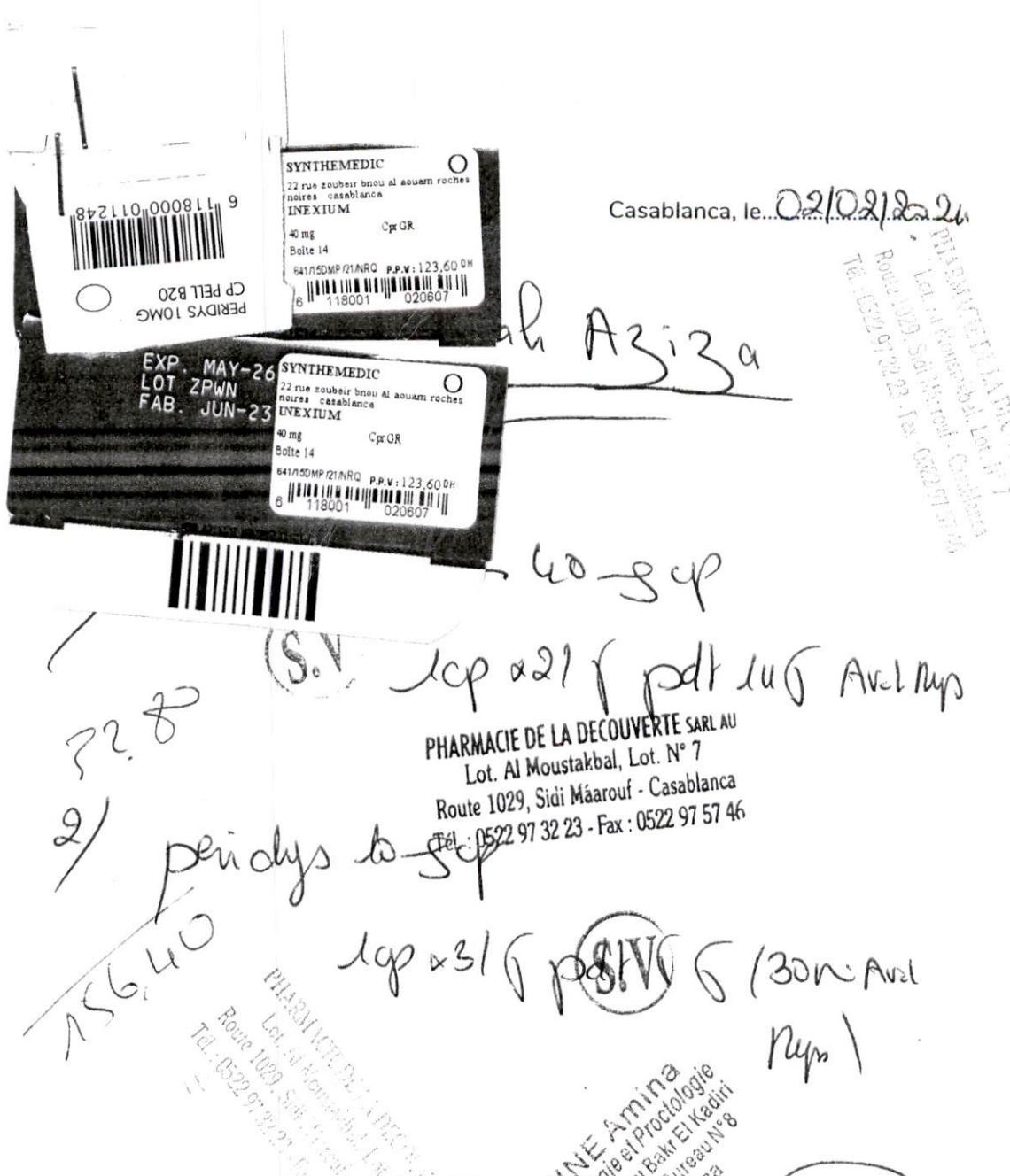
134,50
226,00
134,50
269,00
1026,00
1026,00

Dr. BENZZINE Amina
Hépato-gastro-entérologue et Proctologue
Bd Abou Bakr El Kadiri, GH 03 Imm 13, 2^{ème} étage Bureau N°8
Sidi Maarouf, Casablanca
Tél. : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

مكاتب بانوراما، شارع أبو بكر القادي، مجمع 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8، سيدى معروف - الدار البيضاء
Complexe Panorama, Bd Abou Bakr El Kadiri, GH 03 Imm 13, 2^{ème} étage Bureau N°8, Sidi Maarouf - Casablanca

05 22 97 60 09

amina.benzzine@gmail.com



PHARMACIE DE LA DECOUVERTE SARL AU
Lot. Al Moustakbal, Lot. N° 7
Route 1029, Sidi Maarouf - Casablanca
Tel : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46

Bd. Abou bakr Kadiri, (Prs. rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. : 05 22 58 96 96 - Fax : 05 22 33 51 90 E-mail : direction@clinique-panorama.ma
Site web : www.clinique-panorama.ma

Dr. BENZZINE Armine
Chirurgie Panato-Gastro-Enterologie et Proctologie
Immeuble Imm. 13, 2ème Etage, Bureau N° 8
Bd. Abou Bakr El Kadiri
Sidi Maarouf, Casablanca
Tel : 0522 97 32 23 - Fax : 0522 97 57 46



PPC : 134 DH 00

Certificat N°: DA20181802166DMP/20UCA/v1

À consommer de préférence avant / 05 2025



PPC : 134 DH 00

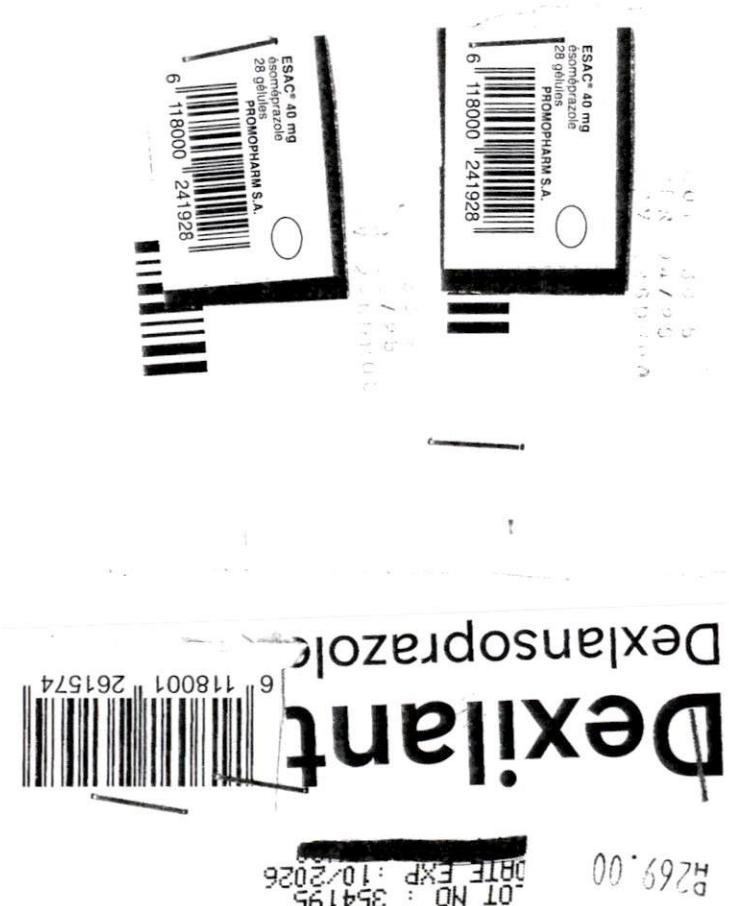


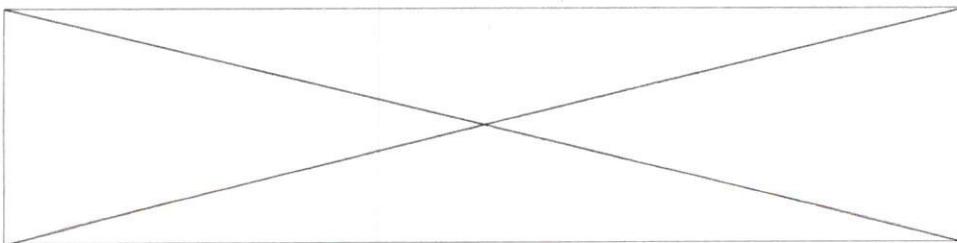
PPC : 134 DH 00



Certificat N°: DA20181802166DMP/20UCA/v1

À consommer de préférence avant / 05 2025
Lot : SC23003





Accueil > Application > assure app


[Ma Situation](#) [Remboursements](#) [Prises en charge](#) [Immatriculation](#) [Menu ▾](#)


En vertu de l'article 73 de Loi 65/00 portant code de la Couverture maladie 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	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	-		17/04/2024	Virement	-	5 032,40	1 978,20	329,80	2 308,00	
1	-		03/04/2024	Virement	-	1 000,00	400,00	80,00	480,00	
1	-		01/03/2024	Virement	-	908,60	615,00	198,00	813,00	
1	-		01/02/2024	Virement	-	645,00	178,50	36,50	215,00	
1	-		08/01/2024	Virement	-	1 029,30	849,30	30,00	879,30	
1	-		05/10/2023	Virement	-	4 537,20	1 932,80	30,00	1 962,80	
1	-		02/08/2023	Virement	-	2 465,50	1 781,61	346,59	2 128,20	

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger

Dr. BENZZINE Amina
Spécialiste en Hépato-gastro-
entérologie et Proctologie
Endoscopie digestive
Echographie Abdominale
Lauréate de la Faculté
de Médecine - Casablanca
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرج
المنظار الداخلي للمعدة والقولون
الفحص بالصدى
خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le: 25/01/24

Notes d'honoraires

Mr/Mme: AZIZA MIFTATH

Consultation : 200 dhs

Échographie abdominale : 200 dhs

Total: 400.00 dhs

IPNE : 061288452

Dr. BENZZINE Amina
Spécialiste en Hépato-gastro-entérologie et Proctologie
Bd Abou Bakr El Kadiri; GH 03; Imm 13; 2^{ème} étage Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca ☎ 05 22 97 60 09 ✉ amina.benzzine@gmail.com

مكاتب بانوراما، شارع أبو بكر القادري، مجموعة 3 عماره 13 الطابق 2 مكتب 8 سيدى معروف - الدار البيضاء
Complexe Panorama; Bd Abou Bakr El Kadiri; GH 03; Imm 13; 2^{ème} étage Bureau N°8
Sidi Maarouf - Casablanca ☎ 05 22 97 60 09 ✉ amina.benzzine@gmail.com

Dr. BENZZINE Amina

Spécialiste en Hépato-gastro-
entérologie et Proctologie
Endoscopie digestive
Échographie Abdominale

Lauréate de la Faculté de Médecine - Casablanca
Ancienne Médecin au CHU Ibn Rochd



د. بنالزين أمينة

أخصائية في أمراض الجهاز الهضمي
الكبد والشرج
المنظار الداخلي للمعدة و القولون
الفحص بالصدى

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي ابن رشد

ORDONNANCE

Casablanca, le : 25/01/2014

M - Aziza Tiftek

- Age : 60 -

- ATCD : AVC + insuffisance cardiaque

Coronarique

- RC, Epigastralgies chroniques

Hypertension artérielle

Obésité

FOOD

Dr. BENZZINE Amina
Hépato-Gastro-Endocrinologue / Panoramique
Complexe Panorama Bd Abou Bakr El Kadiri, GH 03 Imm 13, 2^{ème} étage Bureau N°8 ; Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 05 22 97 60 09 - 05 22 97 60 09

مكاتب بانوراما، شارع أبو بكر الصديق، برج 3 عمارة 13 الطابق 2 مكتب 8، سidi معرف - الدارالبيضاء
Complexe Panorama, Bd Abou Bakr El Kadiri, GH 03 Imm 13, 2^{ème} étage Bureau N°8 ; Sidi Maarouf - Casablanca

05 22 97 60 09

amina.benzzine@gmail.com

CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF



060064847

CASABLANCA Le : 02-02-2024

Facture N° 01853/24

A. Identification

N° Dossier : PSM24B02083921

N° Identifiant : 012664/24

Nom & Prénom : Mme MIFTAH AZIZA

C.I.N : BE29417

Adresse : RES SAFAE IMM 119 NR 12 BOUSKOURA NOUACER

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom :

Médecin traitant : DR . BENZZINE AMINA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 02-02-2024

Date Sortie : 02-02-2024

Traitements : FIBROSCOPIE

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	FIBROSCOPIE		1 650,00			1 650,00
PARTIE CLINIQUE :						1 650,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :						
MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS						
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT CNOPS) de :						
ZERO DIRHAMS						
TOTAL GENERAL						1 650,00

MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS
Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme (PAYANT CNOPS) de :
ZERO DIRHAMS

signature de l'assuré

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
CHEQUE	3762223	1 650,00 Dh	0,00 Dh
CHEQUE	3762223	-1 650,00 Dh	
CHEQUE	3762233.	1 650,00 Dh	

Clinique Panorama Sidi Maarouf
Boulevard Abou Bakar Kadiri
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél : 05 22 58 96 96
Fax : 05 22 33 51 90
E-mail : direction@clinique-panorama.ma

Adresse : Boulevard Abou Bakar Kadiri (Prs. rond point Al Moustakbal) Sidi Maarouf - Casablanca Tél. : 05 22 58 96 96 Fax : 05 22 33 51 90
E-mail : direction@clinique-panorama.ma - Site Web : www.clinique-panorama.ma - IF : 52529103 - ICE : 003098954000054 - RIB : 050 780 004
01093557 620 01 08

CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER PSM24Bo2083921

NOM DU PATIENT Mme MIFTAH AZIZA

MÉDECIN TRAITANT BENZZINE AMINA

PRISE EN CHARGE PAYANT CNOPS

DATE D'ENTREE 02/02/2024

DATE DE SORTIE 02/02/2024

MODE DE SORTIE normal

Clinique Panorama Sidi Maârouf
Boulevard Abou Bakar Kadiiri
Sidi Maârouf Casablanca
Tel : 05 22 58 96 96
Fax : 05 22 33 51 90
E-mail : direction@clinique-panorama.ma

LABORATOIRE D'ANATOMIE
PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

Dr . IMANE BELIAMIME

Médecin spécialiste en Anatomie
et Cytologie Pathologiques



مختبر التشريح المرضي
كاليفورنيا

د. إيمان بليمي

طبيبة اذربيجانية
فند التشريح المرضي

Hôpital Panoramique et Proctologique

Complexe Panoramique, Bd. Abou Bakr El Kadiri

N°8, Casablanca

Sidi Maârouf, Casablanca

Tél : 0522 52 97 60 05

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMOPATHOLOGIQUE

De la part du Docteur

Mme MIFTAH AZIZA

Né le : 23/03/1964

Nom et prénom : Age:

Tél : PSM24B02083921

Date du prélèvement : ①. Abdo ②. Gastro

Siège et nature du prélèvement : ③. Abdo. Antérolatérale

Renseignements cliniques : Epigastriq. dyp. + intermitt.

FOGD : p pastille envir. congechie (bigne 2)

Bilis, bte coagulée envir (bigne 1)

Abdo Antérolatéral (biopsie 3)

Cytologie:

- Frottis : Vagin Exocol Endocol Endométrium

- Date des dernières règles :

- Autres : Ponction Liquide

- Traitements éventuels :

Date : 02/02/2014

Signature :



شارع القدس، إقامة رياض القدس، GH2 الطالق الأول، الشقة رقم 3، الدار البيضاء

Bd El Qods, Imm Riad EL Quods GH2, 1^{er} étage Appartement N°3, Casablanca

Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 82 27

Email : ibeliamime@labocalifornie.com www.labocalifornie.ma

LABORATOIRE D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE CALIFORNIE

FACTURE

REF : FA24000375

Date de facturation 02 / 02 / 2024
Médecin traitant DR BENZZINE AMINA
Patient MIFTAH AZIZA
Demande H240202623 - 02/02/2024
Organisme AUCUN

Liste des examens

biom3 Biopsie multiple 3 flacons et plus

Histologie

Biopsie multiple 3 flacons et plus

A Payer	900,00	Dhs
Coef-P	818	

Arrêtée la présente facture à la somme de : NEUF CENTS DIRHAMS

Dr Imane BELIAMINE
Laboratoire d'Anatomie Pathologique Californie
Bd El Quods, Immeuble Riad El Quods GH2
1er étage, Appt N° 3 Casablanca
Tél: 05 22 50 86 43 - 07 01 49 49 27 - 07 11 04 92 27
INPE: 091271967