

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



**Déclaration de Maladie**  
M23-010540

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 02658 Société : RAJ  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : MENIAR EL DENIARI  
 Date de naissance : 20/06/52  
 Adresse : Casa  
 Tél. : 0672833390 Total des frais engagés : 2928,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie :  
 Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC  
 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 : Casa Le : 06/07/23  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





ZINE TOURIA  
N° AFFL. 432 874 504 B377280



Accueil - 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 CNAPS 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 CNAPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

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    |
|---------------|-------------------|--------------------|---------------|--------------|---------------|----------|----------|----------|
| 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   |
| 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   | 1 528,90 |
| 1             | -                 | 05/01/2023         | Virement      | -            | 277,80        | 93,66    | 40,14    | 133,80   |
| 1             | -                 | 31/12/2022         | Virement      | -            | 1 200,00      | 480,00   | 120,00   | 600,00   |
| 2             | -                 | 01/12/2022         | Virement      | -            | 6 171,80      | 1 666,35 | 410,65   | 2 077,00 |
| 1             | -                 | 31/10/2022         | Virement      | -            | 375,90        | 275,13   | 90,77    | 365,90   |
| 1             | -                 | 07/07/2022         | Virement      | -            | 3 480,00      | 208,62   | 67,98    | 276,60   |
| 1             | -                 | 01/07/2022         | Virement      | -            | 1 830,40      | 397,28   | 143,12   | 540,40   |
| 2             | -                 | 12/03/2022         | Virement      | -            | 1 877,70      | 592,54   | 199,66   | 792,20   |
| 1             | -                 | 03/02/2022         | Virement      | -            | 9 408,40      | 4 336,22 | 1 029,38 | 5 365,60 |

Application Mobile : SMART CNAPS - Assuré : Télécharger

☆☆☆☆☆



## Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD.

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement.

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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](http://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.

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن الحاصلين على الموافقة على الإغفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإغفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، والإلمام من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإغفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف 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 وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة 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 وإرجاع 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).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم: 1.1.01.01

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

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **Touma ZINE**  
 رقم الانخراط: **31631778**  
 رقم التسجيل: **1434 974141**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B339980**  
 علاقة القرابة: **Conjoint** ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ بنين المستفيد والمؤمن (ة)  
 العنوان: **179 Lot D'habitation Sidi Yacoub**  
 إجمالي المصاريف (بالدرهم): **265,5 DH**  
 عدد الوثائق المرفقة: **12**

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات: **Bénéficiaire de soins**  
 الاسم العائلي والشخصي: **Zine Touma**  
 تاريخ الإيداع: **01/01/2023**  
 رقم بطاقة التعريف الوطنية: **B339980**  
 الجنس: **أنثى** ☒ Féminin ☐ Masculin ☐ ذكر

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): **091031147**  
 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات: **قبول المرض المزمن** ☒ oui ☐ non  
 رقم ملف المرض المزمن: **1**  
 رقم المرض المزمن: **1**  
 تم تقديم الطرف المغلق: **oui** ☒ non ☐  
 تاريخ الاستشفاء: **01/01/2023**  
 Soins ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية\* ☐  
 Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* ☐  
 Pti confidentiel remis\* ☐  
 Date d'hospitalisation: **01/01/2023**

Fait à: **Casa Blanche** حرر بـ: **01/01/2023**  
 Le: **01/01/2023** في: **01/01/2023**  
 توقيع المؤمن (ة) **Signature de l'assuré (e)**  
 أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
 Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
 Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite. يمنع ماعدا كليا بيع هذا المطبوع

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع وطابع التعاضدية

02 JUN 2023  
 Réception Traçabilité  
 Identification de l'agent: **2**  
 تاريخ الإيداع: **02 JUN 2023**  
 Date de dépôt du dossier: **02 JUN 2023**



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

**CIM - 10**

Jرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | اللمن المفوتر<br>Prix facturé                | توقيع وطابع الصيدلي أو مemon الأجهزة الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux. |
| 23-05-2023                        | 465,50A                                      | PHARMACIE HONDA<br>DR. OTHMAN HAR<br>Lotissement Al Hamd I Deraoua<br>Tél : 0520 948 412                                      |
|                                   | INP: 062093746                               |   |
|                                   | INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |
|                                   | INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإيحابي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |

## عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | رقم المعامل<br>Valeur (1) | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|---------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
|                                   |                                |   |                           |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                           |                                   |   |

MME ZINE TOURIA  
NR 179 LOT DANDOUNE SIDI  
MAAROUF  
CASABLANCA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

81245388

Date et heure : 02/06/2023 10:47

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 :

865,50

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

Date d'édition : 02/06/2023 10:49:06



Professeur EL HAMAOUY 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

STUDIO

الدكتور الحماوي يوسف  
طبيب نفساني

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

23 MAI 2023

Casablanca le ..... الدار البيضاء

73,70 DH X 3

251,15 DH

(1) Deoxot

16 matu

107,30 DH

(2) Nervax 2r

16 le sm

(3) Alpraz Aug

35,70 DH

107,15 DH

1 - 0 - 1 10j  
1 - 0 - 1 10j  
0 - 0 - 1 10j  
0 - 0 - 1 10j

T: 465 504

227, Bd. Ghandi, 2<sup>ème</sup> étage, N°3 - Casabl  
Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52 - 07 00 02 98 77

E-mail : elhamaoui@gmail.com - Site Web : www.coinpsy.ma - Facebook

GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651661  
GlaxoSmithKline Maroc  
Ain El Aouda  
Région de Rabat  
PPV: 83,70 DH  
ID: 651661  
6 118001 140237

AMM N°: 159/16 JMP/2011  
N° Lot: 2PK139  
Fab: 08/2022  
Per: 08/2024  
PPV: 10730 Dhs

Nervax 75mg  
Pregabalin  
20 Gélules

Alpraz 1 mg  
14 comprimés sécables  
6 118000 020523

Alpraz 1 mg  
14 comprimés sécables

Alpraz 1 mg  
14 comprimés sécables

6 118000 020523

NR 179 LOT DANDOUNE SIDI

MAAROUF

CASABLANCA

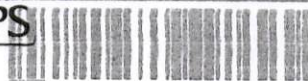
CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



N° de Dossier :

81245388

Date et heure : 02/06/2023 10:47

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 :

465,50

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

Date d'édition : 02/06/2023 10:49:06



Accusé de Réception

CNOPS



81245388

Date et heure : 02/06/2023 10:47

ZINE TOURIA

N° de Dossier :

Nom et prénom Assuré :

43874741

/ 500397558

Immatriculation :

ZINE TOURIA

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

CASA SIEGE 40123

Lieu de réception :

Valeur en Dirhams :

365,50

Code Etablissement :

Nom Etablissement :

Nombre de pièces : 5

Agent de réception : M4M0535

Date d'édition : 02/06/2023 10:49:06



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة  
Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

N° du Tél (optionnel): 0672 833391  
رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

Nom et prénom : Touria ZINE : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 31631748 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 43874741 : رقم التسجيل

N° CIN : 1377280 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)

Adresse : 179 lot Dandoune Sidi Maarouf : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 336,20 DH : إجمالي المصاريف (بالدرهم)

Nombre de pièces jointes : 1 pièce : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom : Touria ZINE : المستفيد من العلاجات

Date de naissance : 05/02/1958 : تاريخ الميلاد

N° CIN : 1377280 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى : الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

098886602

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD\* : oui ☐ non ☐ : قبول المرض المزمن

N° dossier ALD\* : : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : : رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires\* ☐ : علاجات خارجية \* : تم تقديم الظروف المغلق : Plu confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ : تاريخ الاستشفاء : Hospitalisation\* ☐ : استشفاء

Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء

Fait à : Casa Blanca

Fait à : Casa Blanca

Le : 02/06/2023

Le : 02/06/2023

Signature de l'assuré (e) : Touria ZINE

Signature de l'assuré (e) : Touria ZINE

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطابع



### وصف العمليات المجراة

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع أطباء الطبيب المعالج<br>Signature et Cachet<br>du médecin traitant |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 27/04/83                          | C2                             |   |                            | 300 DHS                           |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |

Dr. ADIL ARACHCHI  
Neurologie - EEG - EMG - Angio-Brain-imaging  
Résidence n°1 "Lab Zenne El-Hadi"  
Nassif Harhour Zenne El-Hadi - Casablanca  
Tel : 06 92 75 03 02 Fax : 06 92 96 19 04

CIM - 10

**CIM - 10**

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة  
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

|                                   |  |   |
|-----------------------------------|--|---|
| تاريخ التنفيذ<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 des dispositifs médicaux |
| 27/06/23                          | 36,20  | PHARMACIE KABLI<br>Lot Faraj 126 Sidi Mabrouf<br>Casablanca<br>Tél.: 0522 97 32 93  |
|                                   | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]<br><br>[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |
|                                   | INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]  |   |

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |
|                                   |                                |   |                            |                                   |   |

### Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع الميساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |



MME ZINE TOURIA

NR 179 LOT DANDOUNE SIDI

MAAROUF

CASABLANCA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



N° de Dossier :

81245447

Date et heure : 02/06/2023 10:48

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 :

336,70

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :



M.S. EL HAROUCHI ( PHARMACIEN BIOLOGISTE ) ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

ICE:001543075000027- RC:1636-Pat :34201990-CNSS:1128091-  
IF:41802740

INPE 093000180 RIR : ATW007780000180200000001626

Facture N: 23 / 4413

Date :  
08/05/2023

our ZINE TOURIA

Ayant La Référence 2358818312

Organisme : MF585

### Bilan :

~URE~CREA~CA~CA24

**Cotation : B 120 + Prelevement (10 DH)**

**Montant Net : 142 Dhs**

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**  
CENT QUARANTE DEUX DHS

|      |    |
|------|----|
| URE  | 30 |
| CREA | 30 |
| CA   | 30 |
| CA24 | 30 |

~~162-08-22-6686T-Fax: 08-272613~~



4 - Cureflex

~~149,50~~ 149,504 x 3 ms

596 DH

5 - Aspegic 100

21,800 x 12

43,6 DH

T: 12,800 x 3 ms

Lotissement Al Hamid N°9 Deraa  
Tél: 0520 041 110

BEN MOUSSA  
RUMATOLOGUE



Lot: VT333  
A consommer de préférence avant le: 05/2025  
PPC: 149,50 DH



Lot: VT333  
A consommer de préférence avant le: 05/2025  
PPC: 149,50 DH



Lot: VT333  
A consommer de préférence avant le: 05/2025  
PPC: 149,50 DH



Lot: VT333  
A consommer de préférence avant le: 05/2025  
PPC: 149,50 DH

ZENITH Pharma  
AMM N° 171/16 DMP/21/NNPR  
6 118001 1272228  
PPV: 20,90 DH

ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V: 210DH80  
6 118000 061113

6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV: 110 DH 10

LOT: 22E003  
PER: 06/2024  
ASPEGIC 100MG  
SACHETS 820  
P.P.V: 210DH80  
6 118000 061113

6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV: 110 DH 10

6 118001 040070  
Fabricant:  
HERMES PHARMA GmbH  
ALLGAU 36 - 9400 WOLFSBERG  
AUTRICHE  
BOTTU SA PPV: 110 DH 10

Cymbalta 60 mg  
Boîte de 28 gélules gastro-résistantes  
PPV: 293,00 DH  
AMM N°206/14 DMP / 21 /NRQ  
Distribué par SOTHEMA  
B.P.N° 1.27182-Bouskoura  
6 118001 070916



hasnaa CHERIF BEN MOUSSA  
Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام و المفاصل

و العمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca : ..... في : الدار البيضاء

20,30 DH

1. Ham - 3/5

1. Paul

2. Cecile - 1/10

12/14  
PHARMACIE EL COSS  
Tél 052...

3. Cym Salte 60

1.46 60000 apd up.

CHERIF BEN MOUSSA  
RHEUMATOLOGUE

44 ، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات امن رشد) الطابق الثالث - الهاتف الفاكس : 05.22.22.23.04  
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax: 05.22.22.23.04

البريد الالكتروني : hasnaab5@hotmail.com



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 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](http://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 منذ إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاوضية ولا بالإدلاء بالنتائج 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 وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاوضية 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 وإرجاع 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).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

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.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

N° du Tél (optionnel): 0672833394 رقم الهاتف (اختياري)

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom : Touria ZINE الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 3631781 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 14324874741 رقم التسجيل :

N° CIN : 33772810 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ة) :

Adresse : 179 Fat Daudouev Side Maoung العنوان : Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1725,8 DH إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 4 pièces عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Zine Touna الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 05/10/1998 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 13372810 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

091924372

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

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

نوع العلاجات :  
Plu confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ تم تقديم الطرף المغلق\* :  
Date de grossesse : تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :  
Date d'hospitalisation : تاريخ الإستشفاء :  
Date d'accident : تاريخ الحادث :  
Causes : أسباب الحادث :

Fait à : Casablanca حرر ب :  
Le : 02/06/2023 في :  
Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن (ة)  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

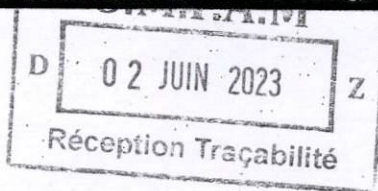
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca حرر ب :  
Le : 02/06/2023 في :  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Toutefois, le médecin traitant ou le médecin de l'établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية



Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

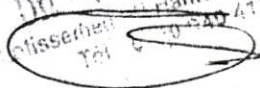


## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**

| تاريخ التنفيذ<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 des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|--|---|
| 9/5/2023                          | INP: 2612093816                              | <p>1283,80/A</p>                          |
|                                   | INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |
|                                   | INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] |   |

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

[illegible]

## عمليات المساعدين الطبيين

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



MME ZINE TOURIA

NR 179 LOT DANDOUNE SIDI

MAAROUF

CASABLANCA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Royaume du Maroc



CNOPS

Accusé de Réception



N° de Dossier :

81245506

Date et heure : 02/06/2023 10:49

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 :

1 725,80

Nombre de pièces : 12

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

AMMO



Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations  
Colonne Vertébrale - Muscles  
et Tendons

Tél. Fax : 05.22.22.23.04

Sur Rendez-vous



.. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le 08/05/2023 الدار البيضاء، في

ZINE TOURIN

Mme. Hasnaa

Calcium

Calcium 24h

Dr. EL HAROUZI Mohamed Saïd  
Laboratoire d'Analyses  
Medicales Labomedic  
462, Rue Mustapha El Maâni - Casablanca

CHERIF BEN MOUSSA  
RHEUMATOLOGUE

44، زنقة المستشفيات (امام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الهاتف. الفاكس : 05 22.22.23.04  
44, Rue des Hôpitaux (En Face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3ème Etage - Tél. Fax : 05 22.22.23.04  
البريد الإلكتروني : E-mail : hasnaab5@hotmail.com



# مختبر التحليلات الطبية لبومديك

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

CES : - Biochimie - Bacteriologie - Hématologie  
- Virologie - Parasitologie - Immunologie

الهاروشي محمد سعيد  
إختصاصي في التحليلات الطبية

Prélèvement du : 08/05/2023 à 08:18:31

Edition du : 08/05/2023



KH50062

Madame ZINE TOURIA

Dossier n° : MF585

Dr. CHERIF

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

| Analyses                   | Resultats | Normes            | Antécédents       |
|----------------------------|-----------|-------------------|-------------------|
| Urée..... :                | 0.29      | g/l (0.15 à 0.45) | 0.26 : 26/08/2021 |
| Créatinine sanguine..... : | 12.5      | mg/L (5 à 13)     | 12.4 : 09/01/2023 |
| Calcium..... :             | 100       | mg/l (85 à 105)   | 90 : 26/12/2022   |

### BIOCHIMIE URINAIRE

| Analyses                 | Resultats |        |                                |
|--------------------------|-----------|--------|--------------------------------|
| Diurese de 24 h..... :   | 3,5       | Litre  |                                |
| Calcium Urinaire ..... : | 40        | mg/l   |                                |
| * soit..... :            | 140       | mg/24h | (150 à 250) 247.5 : 09/01/2023 |

Dr. EL HAROUCHE Mohamed Said  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
LABOMEDIC  
22, rue Mustapha El Maâni - Casablanca  
Tél : 05.22.71.66.24 - Fax : 05.22.26.50.87