

# 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.
- 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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.

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *02658*

Société :

*RAY 187562*

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

*HENAN EL HENIARI*

Date de naissance :

*30/09/52*

Adresse :

*Qasr El Hamra*

Tél. : *06 7283390*

Total des frais engagés : *2457,40* Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : *LOUP LEBARBI* Age : *20 DEC 2023*

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC

Conjoint

Enfant

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 : *Qasr*

Le : *19/12/23*

Signature de l'adhérent(e) :



## Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

**جريدة الوصيفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

## **Actes Paramédicaux**

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dâtes des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px 10px;">  </span>					



ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN  
Professeur Agrégé  
Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Centre Cardiologique  
Interventionnel

Date : CASABLANCA LE 02/10/2023

**FACTURE N°830/2023**

EXAMEN DU 02/10/2023

**NOM/PRENOM : Mme ZI NE TOURIA**

<b>CONSULTATION + ECG</b>	<b>300.00 DH</b>
<b>ECHODOPPLER CARDIAQUE</b>	<b>800.00DH</b>

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE EN LETTRE A LA SOMME DE :

MILE CENT DIRHAMS

INPE 091026955

Centre Cardiologique Interventionnel

67,Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél.:+212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81  
E-mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN  
Professeur Agrégé  
Coronarographie - Angioplastie - Stimulation Cardiaque

Date : Casablanca 02/10/2023

Mme ZI NE TOURIA

### COMPTE RENDU D'ECHOCARDIOGRAPHIE

#### En mode bidimensionnel

- Les valves mitrale, aortique, pulmonaire, et tricuspidé sont de structure et de cinématique normales.
- Le ventricule gauche est de contractilité globale et segmentaire normale
- Les cavités droites ne sont pas dilatées.
- Il n'y a pas de défaut au niveau du septum inter-auriculaire
- Pas d'épanchement péricardique
- Il n'y a pas thrombose intracavitaire

#### Au doppler :

- Il n'y a pas d'hypertension artérielle pulmonaire
- Le flux mitral est normal

### CONCLUSION

Echo-doppler cardiaque normal.

Signature PR ZOUBIDI MOHAMED

Centre Cardiologique Interventionnel

67,Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél.:+212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81  
E-mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com

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

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 83712574 Date et heure : 24/10/2023 12:05  
Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA / 01  
Immatriculation : 43874741 / 500397558  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40127  
Valeur en Dirhams : 1 357,40 Nombre de pièces : 2  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0596  
Nom Etablissement :

## 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التغطية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة البالغ بمرض مزمن أو طول الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طولية الأمد.

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

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التغطية لدى التغطية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وبأقصى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التغطية عن مصاريف العلاج على أساس التغطية الوطنية المرجعية.

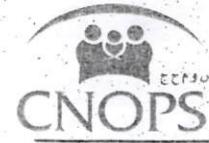
يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التغطية التي تتبعون إليها خلال الشهرين المولفين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقضوطة بغير حق دون الاحتفاظ 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 للتغطية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تغطيةهم الوطنية وإرسال ملف طلب التغطية على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة 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

1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري)

0672823391

## خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي :

Touia L'INPE

رقم الانحراف :

31631718

رقم التسجيل :

4131811141741

رقم بطاقة التغطية الوطنية :

1B37712610

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : 179 lot Daoudi Sidi Maârouf Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 1.352,42

Nombre de pièces jointes : 1

## Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Zine Tousi

Date de naissance : 05/04/1958

N° CIN : 1B377-250

Sexe\* : Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

oui  non

رقم ملف المرض المزمن :

\_\_\_\_\_

رقم المرض المزمن :

\_\_\_\_\_

تم تقديم الظرف المغلق :

oui  non

تاريخ الاستشارة :

\_\_\_\_\_

Type de soins

Admission ALD\* :

oui  non

N° dossier ALD\* :

\_\_\_\_\_

Code ALD :

\_\_\_\_\_

Soins ambulatoires\*  علاجات خارجية \*  Pli confidentiel remis\*  oui  non

Hospitalisation\*  استشفاء \* Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Fait à : Casablanca

Le : 24 Oct 2023

توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e)

\_\_\_\_\_

اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

حرر بـ : \_\_\_\_\_ في : \_\_\_\_\_

Le : 19 Oct 2023

اصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المنسقة الصحية

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

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* ضع علامة في الخلية المناسبة

يطبع متى ما كلياً يرجى هذا المطبوع

#### Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

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

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/10/2013	957,00	 Dr. OPTIMAL MAR Collaboration, Al Hamd A.Tel: 030 875 412
	INP: 8680938116	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	
	INP: [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

• عمليات المساعدات الطبيعية

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

Professeur EL HAMAOUI Youssef  
Psychiatre - Psychotérapeute



الدكتور الحماوي يوسف  
طبيب نفساني

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 hôpitaux de Lyon ,France  
Hyponse Médicale  
Therapie Interpersonnelle  
Therapie Cognitive et Comportementale

Sur Rendez-vous

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

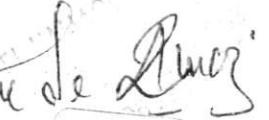
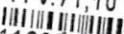
Casablanca le 19 juillet 2023

71.60 DH Zino 16.00  
x 4 1336  
284.40

① Dexoset 145.00 1338  
273.00 DH

② Nervax 71 145.00 1338  
145.00

T 557.00 DH

	
<b>GlaxoSmithKline Maroc</b> Aïn El Aouda Région de Rabat PPV: 71,10 DH	
ID: 652380	 6 118001 140237
<b>GlaxoSmithKline Maroc</b> Aïn El Aouda Région de Rabat PPV: 71,10 DH	
ID: 652380	 6 118001 140237
<b>GlaxoSmithKline Maroc</b> Aïn El Aouda Région de Rabat PPV: 71,10 DH	
ID: 652318	 6 118001 140237
<b>GlaxoSmithKline Maroc</b> Aïn El Aouda Région de Rabat PPV: 71,10 DH	
ID: 652380	 6 118001 140237

227, Bd. Ghandi, 2<sup>ème</sup> étage, N°3 - Casablanca  
Tél.: 05 22 99 47 27 - 06 00 08 00 52- 07 00 02 98 77 - Fax : 05 22 99 47 27  
E-mail : elhamaoui@gmail.com - Site Web : [www.cojinsy.ma](http://www.cojinsy.ma) - Facebook : [www.facebook.com/Pr.e](https://www.facebook.com/Pr.e)



PRODUCTEURS DE SOINS ASSURÉS EMPLOYEURS CNOPS

n'est pas compatible.

ZINE TOURIA  
B 373280  
27747. 432874241  
AFFIL. 363178

O.M.F.A.M.  
Siège Social  
DFC - AMO

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

Le 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme d'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de telles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

s 6 mois sont affichés.

date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
yé en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 100,00	720,00	180,00	900,00
yé en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 357,40	539,10	203,90	743,00
/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
yé en : 32 jours		ZINE TOURIA	300,00	60,00	15,00	75,00
yé en : 32 jours		ZINE TOURIA	1 064,70	466,22	178,38	644,60
yé en : 32 jours		ZINE TOURIA	4 034,90	669,80	179,20	849,00
/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
/03/2023	Virement	-	4 726,30	1 188,63	340,27	1 528,90



MME ZINE TOURIA

NR 179 LOT DANDOUNE SIDI

MAAROUF

CASABLANCA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

Accusé de Réception



N° de Dossier : 83712517 Date et heure : 24/10/2023 12:04

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 40127

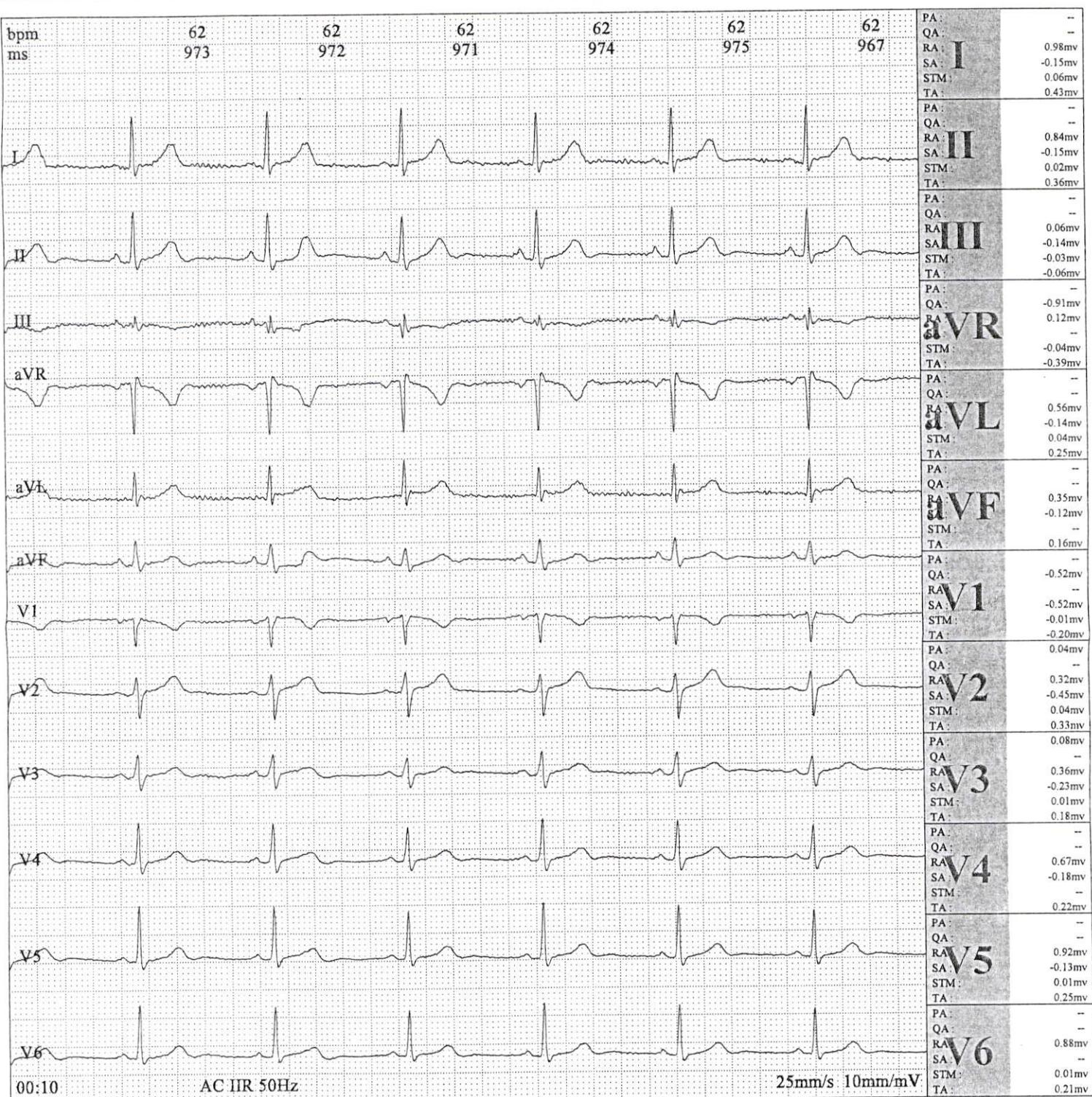
Valeur en Dirhams : 1 100,00 Nombre de pièces : 3

Code Etablissement : M4M0596

Nom Etablissement :

# ECG

Name : zine touria Sex : Age : Clinic No. : Section :  
 SN : 0000736 Case No. : Bed No. : Date : 02/10/2023 13:13:54



Frequency:	1000Hz	PR Interval:	217 ms	Prompt:
Sample Time:	25s	QT Interval:	486 ms	Total Beats 24 ,Normal Beats 24,SVE 0 ,VE 0 .
HR:	62bpm	QTc Interval:	493 ms	Longitudinal Left axis deviation;I AV block;IIIAbnormal T wave;
P Interval:	163ms	P Axis:	67.10°Cb	
QRS Interval:	95 ms	QRS Axis:	22.30°Cb	
T Interval:	285 ms	T Axis:	24.00°Cb	

Prompt:

Total Beats 24 ,Normal Beats 24,SVE 0 ,VE 0 .  
Longitudinal Left axis deviation;I AV block;IIIAbnormal T wave;

Physician Signature: