

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

- | | |
|---|-----------------------|
| <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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :	02658	Société :	12 AM 187561
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUNIR EL HENIARI			
Date de naissance : 30/06/12			
Adresse : Casablanca			
Tél. : 06 72 83 33 90		Total des frais engagés : 5.399,60 Dhs	

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input checked="" type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Le : 19/12/23

Signature de l'adhérent(e) :



Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الورقات التي تم تنفيذها والتحصيات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التفيد Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
11/9/2023	31189012	 DR. OTHMAN MENDAR Lotissement Al Hamd N°9 Deroua Tel 0520 040 412
	INP: 26120938A16	
	INP: [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

التاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
31 03 23	5550 + 111.1		=	618.00 sw	<i>Laboratoire d'analyses médicales 1, HADDOUD 1000 Casablanca Tél: 05 21 66 13 00</i>
		INP: 093000180			
		INP: []			
		INP: []			

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

تاريخ 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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

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



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

CHERIF BEN MOUSSA
31/08/2023

Casablanca, le الدار البيضاء ، في :

22/08/2023

لـ: سيد

، سيد سعيد

، Dr HUWIS

، سيد سعيد: معاشر

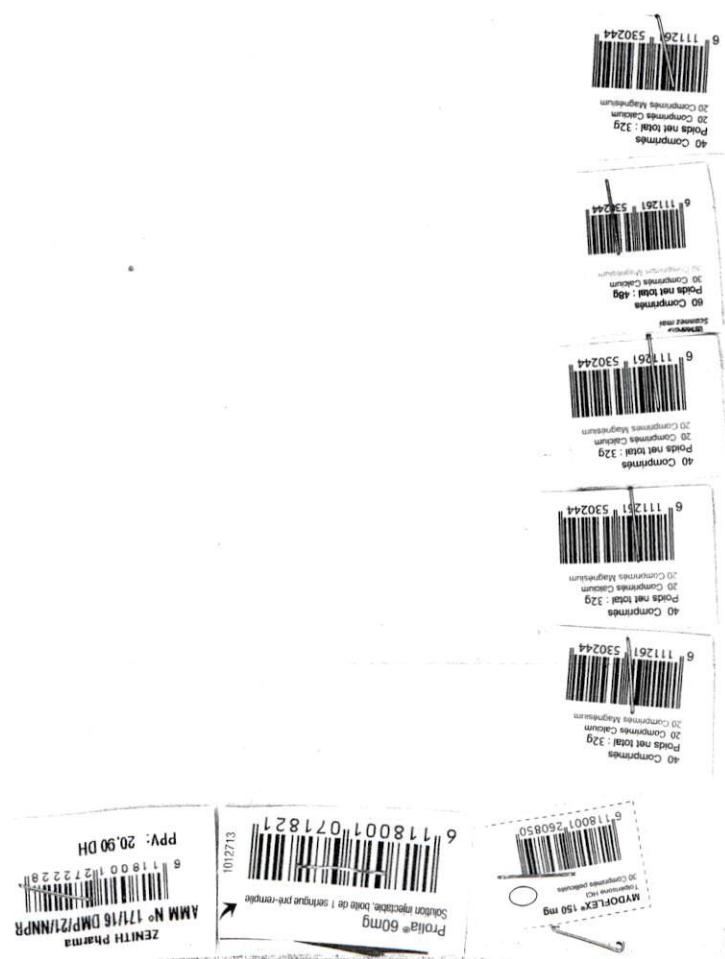
CHERIF BEN MOUSSA,
RHUMATOLOGUE

Sur Rendez-vous
Tél. 05.22.22.23.04

Dr. H. Ben Moussa, Clinique Ibn Rochd
Rue des Urgences du CHU Ibn Rochd 3ème Etage - Tél. Fax: 05.22.22.23.04
E-mail: hasnaab5@hotmail.com

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

E-mail: hasnaab5@hotmail.com



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



د. حسناء شريف بن موسى
أخصائية في الروماتيزم
أمراض العظام و المفاصل
والعمود الفقري و العضلات

الهاتف / الفاكس : 05.22.22.23.04

بالموعد

Casablanca, le : 11 Sept. 2023 الدار البيضاء ، في :

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

1 Nydoflex

94,00 Dhs

2 Proline G- 149,00 Dhs

289,00 Dhs

2 Proline G-

1 Aposol

143,00 Dhs

3. Osteo 24

745,00 Dhs

4. Vitamine D

220,00 Dhs

44. رقة المستشفيات (اماكن مسيتعجات) 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

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :

مختبر التحاليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHI

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد

إختصاصي في التحاليلات الطبية

Prélèvement du : 31/08/2023 à 07:52:36

Edition du : 01/09/2023



KH50062

Madame ZINE TOURIA

Dossier n° : MJ305

Dr. CHERIF

Page : 1 / 1

BIOCHIMIE

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
Calcium.....	95	mg/l	(85 à 105)	100 : 08/05/2023
Acide Urique.....	32	mg/l	(15 à 65)	29 : 09/01/2023
Urée.....	0.37	g/l	(0.15 à 0.45)	
Créatinine sanguine.....	8.2	mg/L	(5 à 13)	

BIOCHIMIE URINAIRE

Analyses	Resultats		
Diurese de 24 h.....	2.2	Litre	
Calcium Urinaire	54	mg/l	
* soit.....	118.8	mg/24h	(150 à 250) 140 : 08/05/2023

VITAMINES

Analyses	Resultats		Normes	Antécédents
VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-vitamine D)				
Résultat.....	32.0	ug/l		28.8 : 26/12/2022
Valeurs souhaitables : > 30		ug/l		
Insuffisance.....	10 - 30	ug/l		
Carence.....	< 10	ug/l		
Toxicité.....	> 100	ug/l		

Dr. EL HAROUCHI M. Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni Casablanca
Tél: 05 22 27 66 73 - Fax : 05 22 26 50 87

D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

DOUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE) ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

462,Rue Mustapha El Maani -Casablanca Tel :0522-27.66.73/24 Fax:0522-26.50.87
mail.labolabomedic@gmail.com

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

INPE 093000180 RIB : ATW007780000180200000001626

Facture N: 23 / 8124

Date :

31/08/2023

Suite aux Analyses Effectuées Le 31/08/2023

Sous La Prescription Du Docteur CHERIF

Pour ZINE TOURIA

ayant La Référence 23831752362



Organisme : CNOPS MJ305

Bilan :

~CA~CA24~VITD~URE~CREA~AU

Cotation : B 550 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 615 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
SIX CENT QUINZE DHS**

CA	30
CA24	30
VITD	400
URE	30
CREA	30
AU	30

DOUCHI
Laboratoire d'Analyses Médicales
162, Rue Mustapha El Maani Casablanca
Tel: 0522-27.66.73/24 - Fax: 0522-26.50.87

**Accusé de Réception**

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

N° de Dossier : 83229218 Date et heure : 02/10/2023 09:48

Nom et prénom Assuré : ZINE TOURIA

Immatriculation : 43874741 / 500397558

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZINE TOURIA / 01

Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception : CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams : 4 034,90 Nombre de pièces : 12

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

Instructions à suivre تعلیمات بحسب 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 : ٢٠٢٣/٠٢/٠٢

تاريخ الابداع :



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

التأمين الاجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مراجع رقم 1.1.02.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (الها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom :

Tourice ZINE

N° Affiliation :

3168478

N° Immatriculation :

143188187741

N° CIN :

B3721280

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse :

Ag lot Dau Joun Sidi Hocine Casablanca

Montant des frais (Dhs) :

300.00 Dhs

Nombre de pièces jointes :

1 pièce

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom :

Tourice ZINE

Date de naissance :

1958/02/10

N° CIN :

B3721280

Sexe* :

Masculin ذكر Féminin انثى

Identification du médecin traitant

N° INP

091028912

Type de soins

Admission ALD* :

oui non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soin ambulatoires* علاجات خارجية*

oui non

Hospitalisation* استشفاء*

oui non

Pli confidentiel remis* :

oui non

Date d'hospitalisation :

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة على
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca

حرر بـ : _____

Le : 02/01/2023

في : _____

توقيع المؤمن له (الها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة على
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

حرر بـ : _____

Le : 02/01/2023

في : _____

توقيع وطابع الطبيب المنشئ أو المنشئ المسئول
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'établissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

* شطب الخانة

Description des actes effectués

صف العملات المحرّاة

CIM - 10

رد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدات عمليات

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 style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/> <input style="width: 100px; border: 1px solid black; height: 1.2em;" type="text"/>					

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision



PRODUCTEURS DE SOINS	ASSURÉS	EMPLOYEURS	CNOPS
----------------------	---------	------------	-------


 ZINE TOURIA
 3377280
 17745R. 438874741
 AFFIL. 363178

n n'est pas compatible.



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 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
7/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
ré en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 100,00	720,00	180,00	900,00
ré en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 357,40	539,10	203,90	743,00
7/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
ré en : 32 jours		ZINE TOURIA	300,00	60,00	15,00	75,00
ré en : 32 jours		ZINE TOURIA	1 064,70	466,22	178,38	644,60
ré en : 32 jours		ZINE TOURIA	4 034,90	669,80	179,20	849,00
7/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
7/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
7/08/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
7/06/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
7/06/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
7/03/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	395,30
7/03/2023	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 : 83229254 Date et heure : 02/10/2023 09:49

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 : 300,00 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : M4M0535

Nom Etablissement :

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R EN° : **24030 / 2023** du **11/09/23**

Nom patient	ZINE TOURIA	Entrée	11/09/23
	PAYANT	Sortie	11/09/23

CONSULTATION PR TAHI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CONSULTA	1.00	50.00	50.00
			<i>Sous-Total</i>	50.00
Total Clinique				50.00

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog)	CONSULTA	1.00	250.00	250.00
			<i>Sous-Total</i>	250.00
Total Autres prestations				250.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		
TROIS.CENTS DIRHAMS	Total	300.00

Compte bancaire : AWB 00778000033030000022736 , AGENC MECQUE- CASA

CLINIQUE AL MADINA
CAISSE D
532, Bd Panoramique - Casablanca
Tél. 05 22 77 40 à 49 (L.G)
Fax 05 22 25 00 01

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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 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 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 KHall, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتتوقيع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالدلاء بتنائف التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالدلاء بتنائف الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهني الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموليين 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 المقبوسة بغير حق دون الأخذ بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الاجتماعي عن المرض الخاص بالطيبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعریفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخطيب ص.ب 209 الرباط.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

Réception Traçabilité

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladieالتأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoireرقم الهاتف (اختياري): خاص بالمؤمن له (ة)الاسم العائلي والشخصي : رقمanax

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة

بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن عنوان : العنواناجمالي المصروف (بالدرهم) : 106475عدد الوثائق المرفقة : 1 PRE CER

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

Nom et prénom : ZINE TOURIADate de naissance : 05/08/1958

N° CIN :

Sexe* :

Masculin ذكرFéminin أنثى

Identification du médecin traitant

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

INPE: 091035543

نوع العلاجات

:

تاريخ الحمل :

التاريخ المرتقب للولادة :

تاريخ الاستشفاء :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

تم تقديم الظرف المغلق* :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Date de grossesse :	<input type="text"/>	
Date prévue d'accouchement :	<input type="text"/>	
Date d'hospitalisation :	<input type="text"/>	
Date d'accident :	<input type="text"/>	
Causes :	<input type="text"/>	

Fait à : <input type="text"/> CASA	حرر ب : <input type="text"/> CASA
Le : <input type="text"/> 11/09/2023	في : <input type="text"/> 11/09/2023
توقيع المؤمن (ة)	أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Signature de l'assuré (e)	Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.
	

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* ضع علامة في الخلقة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

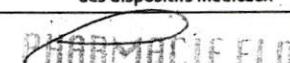
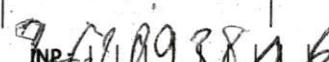
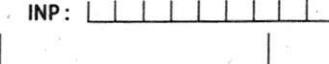
Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّاة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلاني أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
11/9/2023	6647,- .50	 PHARMACIE EL OUDS DR. OTHMAN MENIAR Collissement Al Hamd N°9 Deroua Tél. 0529 611 479
	INP : 	
	INP : 	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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 طبيب الأشعة أو الإيجياني Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

Actes Paramédicaux

التاريخ 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 style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					
INP : <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 20px; border: 1px solid black; margin: 0; padding: 0;" type="text"/>					

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

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

83229298

Date et heure : 02/10/2023 09:50

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 :

1 064,70

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :



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
Hyposse Médicale
Therapie Interpersonnelle
Therapie Cognitive et Comportementale

PHARMACIE EL ODDS
Dr. OTHMAN BENHAR
Souscription Al Handi N° 642
Télé: 0524 33 642

Casablanca le 06 SEP. 2023

أستاذ سابق لطلاب النفسي بكلية الدار البيضاء
طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستجعات
النفسانية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
طبيب نفساني سابق بمستشفى ليون بفرنسا

Barcode: 6 118001 140237
ID: 655284
Stamp: Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 71,10 DH
ID: 6 118001 140237

SlaxoSmithKline Maroc
Aïn El Aouda
Région de Rabat
PPV: 83,70 DH
ID: 6518
6 118001 140237

10/11/1955
Linda
N. 63
9-22

711,10011
X4
284,40011

Zin Touria

① Dexed-
273,0017 145.

$$107,300 \text{ DH} \quad \begin{array}{l} \text{Never } \textcircled{2} \\ \hline \text{1 Gc} \end{array}$$

664,20
PHARMACEUTICALS
EXHIBIT 10
PHARMACEUTICALS

64,70
PHARMACIE ELDOOS
DR. OTHMAN MENIAR
Lotissement Al Hamra N° 3 Deroualt EL HAMADIA YOUSSEF
Tél : 0520 040 412
Fax : 0520 040 412
Tunisie - Tunis - 1000
Tunisie - Tunis - 1000
Tunisie - Tunis - 1000

Mc. 1, 24

9 11800172280
NRLA, 25th Regiments Library
20 Oct 2008

9 11800172297
NRLA, 25th Regiments Library
20 Oct 2008

ELWOODS
VENIAR
N° 9 Derouane EL HAMADI Youssouf
N° 412 Rue Hassan II Casablanca - Maroc
Téléphone : 05 22 56 6866
Casablanca - TEL : 05 22

227, Bd. Ghandi, 2^{ème} 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.coinspsy.ma - Facebook : www.facebook.com/Pr.elhamaoui/