

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 canaux, 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 canaux.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030333

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) :

Matricule : 02658 Société : RAM 187561
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : MENIAN EL MENIARI
Date de naissance : 30/06/12
Adresse : Casa 3 plan 19
Tél : 0672833390 Total des frais engagés : 5.399,60 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....
Nom et prénom du malade : Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie :
Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☒ ALC Pathologie :
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casa Le : 19/12/23
Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

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 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 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تتنمون 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 وإبراج 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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

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

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **Toula ZINE**

رقم الانخراط: **3163177**

رقم التسجيل: **41312874741**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1B3771280**

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

العنوان: **Ag. Lot Daudoun Sidi Yacoub**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **4034,90 DH**

عدد الوثائق المرفقة: **Montant des frais (Dhs):**

تصريح الطبيب المعالج
Déclaration du médecin traitant

الاسم العائلي والشخصي: **Toula ZINE**

تاريخ الزيداد: **05/02/1958**

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1B3771280**

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

تعريف الطبيب المعالج
Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج: **0910211377**

نوع العلاجات
Type de soins

مرض* ☐ Maladie*

أمومة* ☐ Maternité*

إستشفاء* ☐ Hospitalisation*

حادثة* ☐ Accident*

تم تقديم الظرف المغلق*: **oui** ☐ non ☐

تاريخ الحمل: **Date de grossesse:**

التاريخ المرتقب للولادة: **Date prévue d'accouchement:**

تاريخ الاستشفاء: **Date d'hospitalisation:**

تاريخ الحادث: **Date d'accident:**

أسباب الحادث: **Causes:**

حرر ب: **CASE PHEUS**

في: **02 OCT 2023**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

توقيع ومطابح الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

حرر ب: **CHERIF BEN MOUSSA**

في: **02 OCT 2023**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

توقيع ومطابح 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

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع
La vente de cet imprimé est formellement interdite

توقيع وطابع التعاضدية
Cachet et signature de la mutuelle



Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: **02 OCT. 2023**

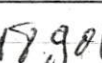
Date de dépôt du dossier:

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

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

تاريخ التنفيذ 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	
INP: 26120938A16		
INP: [] [] [] [] [] [] [] []		
INP: [] [] [] [] [] [] [] []		

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

تاريخ 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
31 <u>29</u> 23	6550 + 411.1		= 615.10		
		INP : 0930000180			
		INP :			
		INP :			

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ 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"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input 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 : في : الدار البيضاء ،

UNE TOUR

Calcium

Calcium

20 HU₃

un

CHERIF BEN MOUSSA
RHEUMATOLOGUE

Dr. El Mahdoui Mohamed Said
3000 Route des Hôpitaux 3ème Etage
14300 DIO
12 Rue Mohamed El Mahdoui
Casablanca
Tél. Fax : 05.22.23.04

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

6 111261 530244
40 Comprimés
20 Comprimés Calcium
20 Comprimés Magnésium
Poids net total : 32g

6 111261 530244
60 Comprimés
30 Comprimés Calcium
30 Comprimés Magnésium
Poids net total : 48g

6 111261 530244
40 Comprimés
20 Comprimés Calcium
20 Comprimés Magnésium
Poids net total : 32g

6 111261 530244
40 Comprimés
20 Comprimés Calcium
20 Comprimés Magnésium
Poids net total : 32g

6 111261 530244
40 Comprimés
20 Comprimés Calcium
20 Comprimés Magnésium
Poids net total : 32g

6 118001 260850
30 Comprimés
MAGDOFLEX® 150 mg
Poids net total : 3g

6 118001 071821
1012713
Prolia® 60mg
Solution injectable, boîte de 1 seringue pré-remplie

AMM N° 171716 DMPI/21NNPR
ZENITH Pharma
PPV : 20,90 DH
6 118001 272228

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

163118,90
163118,90
163118,90

Casablanca, le : 11 Sept 2023 في : الدار البيضاء

Mr Zuo TOURIA

Nydox

94,000

1 CP x 2' apssup

117,000

2 PROLA G-

1 Apaul

143,000

715,000

3. OSto 24

229,000

4. Vitamine D x 3 mg

357,90

05.22.22.23.04 : 44 ، رتبة المستشفيات (أما و عصبية) - الطبقات الثالث - الهاتف الفاكس :
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 التحليلات الطبية لبومديك LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EL HAROUCHE

Pharmacien Biologiste - Ancien interne des hôpitaux de Lyon

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

الهاروشي محمد سعيد
إختصاصي في التحليلات 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	Normes	Antécédents
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 HAROUCHE Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maâni Casablanca
Tél.: 05 22 27 66 74 - Fax : 05 22 27 66 73

LABORATOIRE 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: labolabomadic@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 Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462 Rue Mustapha El Maani Casablanca
Tel: 0522 27 6624 - Fax: 0522 26 5073

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



Accusé de Réception



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

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats des examens de radiologie et/ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens 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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل حدث.

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطار القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **Touira ZINE**

رقم الانخراط : **3168478**

رقم التسجيل : **4372818741**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **B372280**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * : **Conjoint** ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ ابنة ☐

Adresse : **Ag. Lot Dandoum Sidi Hecerauf Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **300.00 Dhs**

Nombre de pièces jointes : **1 piece**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **Touira ZINE**

الاسم العائلي والشخصي : **Touira ZINE**

Date de naissance : **05/02/1958**

N° CIN : **B372280**

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : **0911028912**

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : **oui** ☐ **non** ☐

Admissio ALD* : **oui** ☐ **non** ☐

N° dossier ALD* : **00000000**

Code ALD : **0000**

Soin ambulatoires* : **oui** ☐ **non** ☐

Hospitalisation* : **oui** ☐ **non** ☐

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

Fait à : **Casablanca**

Le : **01/10/2023**

Signature de l'assuré (e) : **Touira ZINE**

Signature du médecin traitant : **Dr. ZINE**

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : **02 OCT. 2023**

تاريخ الإيداع :

وصف العمليات المجراة

CIM - 10			
----------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | | | |



cnops.org.ma/assure_



23



PRODUCTEURS DE SOINS ASSURÉS EMPLOYEURS CNOPS

n'est pas compatible.

ZINE TOURIA
B377280
I 7745R. 438874741
AFFIL. 363 178

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 la Loi, les caisses de mutualité gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).



Les 6 mois sont affichés.

Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
12/12/2023	Virement	-	2 457,40	1 259,10	383,90	1 643,00
payé en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 100,00	720,00	180,00	900,00
payé en : 42 jours		ZINE TOURIA	1 357,40	539,10	203,90	743,00
11/11/2023	Virement	-	5 399,60	1 196,02	372,58	1 568,60
payé en : 32 jours		ZINE TOURIA	300,00	60,00	15,00	75,00
payé en : 32 jours		ZINE TOURIA	1 064,70	466,22	178,38	644,60
payé en : 32 jours		ZINE TOURIA	4 034,90	669,80	179,20	849,00
11/11/2023	Virement	-	1 500,00	600,00	150,00	750,00
10/10/2023	Virement	-	612,90	250,00	80,00	330,00
08/10/2023	Virement	-	840,40	441,10	161,90	603,00
06/10/2023	Virement	-	2 928,00	1 265,02	447,58	1 712,60
06/10/2023	Virement	-	1 200,00	480,00	120,00	600,00
03/10/2023	Virement	-	485,30	285,41	110,89	396,30
03/10/2023	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 : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

CLINIQUE AL MADINA

MULTIDISCIPLINAIRE

F A C T U R E

N° : 24030 / 2023 du 11/09/23

Nom patient **ZINE TOURIA**
PAYANT

Entrée 11/09/23

Sortie 11/09/23

CONSULTATION PR TAHI

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
FRAIS CLINIQUE	1.00		50.00	50.00
			Sous-Total	50.00
Total Clinique				50.00

PR. TAHIRI JOUTEI HAS (gastro-enterolog)	1.00		250.00	250.00
			Sous-Total	250.00
Total Autres prestations				250.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total	300.00
TROIS.CENTS DIRHAMS		

Compte bancaire : AWB 007780000330300000022736 , AGENCE MECQUE- CASA

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب إتباعها

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 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 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 التعريف 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 وإبراج 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

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 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 0612833391
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e) (أ) خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Touria ZINE

رقم الانخراط: 363428

رقم التسجيل: 4131874141

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 13371280

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان: 19 lot Daudoum Sidi Taarouf

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 106470

عدد الوثائق المرفقة: 1 piece

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: ZINE TOURIA

تاريخ الميلاد: 05/08/1958

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 13371280

الجنس: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

INPE: 091035543

Type de soins

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

تم تقديم الطرف المغلق*: oui ☐ non ☐
تاريخ الحمل:
التاريخ المرتقب للولادة:
تاريخ الاستشفاء:
تاريخ الحادث:
أسباب الحادث:

Fait à: Casa
Le: 05/09/2023
توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

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

Fait à: Casa
Le: 05/09/2023
أصحر بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations et données sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature de 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 منعا كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle توقيع وطابع التعاضدية



Identification de l'agent: _____

Date de dépôt du dossier: _____ تاريخ الإيداع:

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

INP: | | | | | | | | | |

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP:

--	--	--	--	--	--	--	--

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 :

Professeur EL HAMAOUI 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

PHARMACIE ELLOOBS
 DR. OTMAN MENIAR
 Lotissement Al Hamd N°9 Deroua
 Casablanca - Tél: 0520 040 412

Sur Rendez-vous

Casablanca le 06 SEP. 2023

الدكتور الحماوي يوسف
طبيب نفسياني

أستاذ سابق للطب النفسي بكلية الدار البيضاء
 طبيب سابق مسؤول بمصلحة المستعجلات
 النفسية بالمركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
 طبيب نفسياني سابق بمستشفى ليون بفرنسا
 التتبع المغناطيسي الطبي
 في بين شخصين
 لوكي المعرفي
 ميعاد

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 71,10 DH
 ID: 652284
 6 118001 140237

GlaxoSmithKline Maroc
 Ain El Aouda
 Région de Rabat
 PPV: 83,70 DH
 ID: 651886
 6 118001 140237

71,10 DH
 X4

284,40 DH

Zine Touria

① Doloest

1303

273,00 DH

1 WS.

② Neva x 75

2 WS.

107,30 DH

1 WS.

1304

664,70

PHARMACIE ELLOOBS
 DR. OTMAN MENIAR
 Lotissement Al Hamd N°9 Deroua
 Casablanca - Tél: 0520 040 412

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.coinpsy.ma - Facebook : www.facebook.com/Pr.elhamaoui/