

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



Déclaration de Maladie

N° W21-783748

146670

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 998 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BELKOUCH Driss

Date de naissance : 14/10/1949

Adresse : 11 Rue Ibn KATTAN Q. BURGER

Tél. : 2668913755 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : RATTI Aicha Age : 67ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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

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

Fait à : CASABLANCA Le : 26/10/2023

de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 ou de laboratoire).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par le praticien eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض الهنة غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

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

توقيع وطابع التعاوضية
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier :
تاريخ الإيداع:



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

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

Nom et prénom : RANI AICHA
N° Affiliation : 12714118
N° Immatriculation : 1312411811331
N° CIN : 131183116
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* :
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
Adresse : 11, Rue Ibn Khaloun A. Sijoum, Casablanca
Montant des frais : 5.682,22 Dhs
Nombre de pièces jointes : 04
مبلغ المصاريف :
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : RANI AICHA
Date de naissance : 01/11/1974
N° CIN : 131183116
Sexe* : M ☐ ذكر ☒ أنثى
المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي :
تاريخ الإزدياد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 1091027557
Type de soins :
Maladie* ☐ مرض* ☐ Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non
Maternité* ☐ أمومة* ☐
Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☐
Accident* ☐ حادث* ☐
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
رقم الوطني الاستدلائي للممارس :
نوع العلاجات :
تم تقديم الظرف المغلق* :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الإستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci avant.
Fait à : Casablanca
le 10/10/2019
أشهر بصحح كل ما ذكر أعلاه.
حرر ب :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le
توقيع وطابع الطبيب المعالج
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

Spécialiste des Maladies
Espace Rougemont
Casablanca - Tél. 22 23 73 71
أشطب الخانة

Accueil > Application > assure app

Accueil > Application > assure app



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

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	19/01/2023	Virement	-	1 480,80	564,88	97,39	662,27
77586109	22/11/2022	Payé en : 58 jours		RAMI AICHA	568,20	282,66	44,05	326,71
77586141	22/11/2022	Payé en : 58 jours		RAMI AICHA	912,60	282,22	53,34	335,56
- 3	-	03/06/2022	Virement	-	7 028,90	3 697,90	328,50	4 026,40
73826092	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	3 641,00	1 320,00	5,00	1 325,00
73826276	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	672,70	572,70	8,50	581,20
73826184	19/04/2022	Payé en : 44 jours		RAMI AICHA	2 715,20	1 805,20	315,00	2 120,20



Nom/Prénom

Hématologie

à refaire

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 13/10/2022

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
☐ TCK
☐ Fibrinogène
☐ INR

Bilan glycémique

- ☐ Glycémie à jeun ☐
- ☐ HGPO 75 g
- ☐ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☒ Ca⁺⁺ *Corrige?*
- ☐ Phosphore
- ☒ Mg
- ☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h ☐ PSA
☐ ECBU + Antibiogramme
☐ Microalbuminurie des 24h
☐ Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylaseémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases ACIDES
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
☐ Hépatite B
☐ Antigène Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbs
☐ Anticorps Anti-Hbc
☐ Anticorps Anti-Hbe

☐ Hépatite C

- ☐ Anticorps Anti-HVC
☐ Sérologie Toxoplasmose
☐ Sérologie Rubéole
☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
☐ Anticorps anti-nucléaires
☐ Anticorps anti-DNA
☐ ASLO
☐ Dosage du complément
☐ Sérologie des infections

Exploration de la prostate

- [] PSA

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
☐ Cholestérol HDL
☐ Cholestérol LDL
☐ Triglycérides

Groupage sanguin

- ☐ ABO
☐ Rhésus
☐ RAI

Bilan thyroïdien

- | | | | |
|--------------------------|-----|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | T3L | <input type="checkbox"/> | Ac Anti - TPO |
| <input type="checkbox"/> | T4L | <input type="checkbox"/> | Ac Anti - TG |
| <input type="checkbox"/> | TSH | <input type="checkbox"/> | TRAK |

Bilan de la fonction rénale

- Créatinine
Urée plasmatique

Exploration de la prostate

- ☐ PSA

Enzymes musculaires

- LDH
CPK
CPK-mb

Ionogramme urinaire

- | | |
|--------------------------|------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ca ⁺⁺ |
| <input type="checkbox"/> | Phosphore |
| <input type="checkbox"/> | Na ⁺ |
| <input type="checkbox"/> | K ⁺ |
| <input type="checkbox"/> | Cl ⁻ |
| <input type="checkbox"/> | Urée |
| <input type="checkbox"/> | Créatinine |

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102006
Levothyrox® 25 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50 µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH

7862160336

Dr. Ghita MAMOU

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie,
Maladies métaboliques et Nutrition

Diabète, Cholestérol, Obésité, Thyroïde, Goitre
Troubles de la croissance et de la puberté
Pathologies surrénaliennes et hypophysaires



الدكتورة غيثة مامو

أخصائية في أمراض الغدد و السكري
أمراض الأيض وطب التغذية

مرض السكري، الكوليستيرول، السمنة
الغدة الدرقية، اختلالات النمو، الغدة النخامية

Casablanca, le : 13/11/2022

Nom : Mr Rami Aichou

Levothyrox 50 13,20 x 5

1 p/j

Levothyrox 25 6,80 x 9

1 p/j



T = 128,20



PHARMACIE PARAPHARMACIE
ROUDI ROUDI CIEL JADIDA
230 Bd. Roudani
Casablanca
Tél : 05 22 23 70 71

Mr Gueon

Dr. Ghita MAMOU
Spécialiste en Endocrinologie
Diabétologie Maladies métaboliques
Espace Roudani 230 Bd. Roudani 4ème étage N° 19
Casablanca - Tél. : 05 22 23 70 71

فضاء الروداني. 230 شارع الروداني (طريق الجديدة سابقا) - الطابق الرابع - رقم 19 - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 23 70 71
Espace Roudani. 230 Bd Roudani (ex Route d'El Jadida) - 4ème étage - N° 19 - Casablanca - Tél.: 05 22 23 70 71
GSM : 0678 93 68 96 - E-mail : mamoughita@gmail.com



Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales
Laboratoire certifié ISO 9001 V.2015



7j/7

Dr. BENMILOUD Loubna. Médecin biologiste.
Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca
Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé
Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

FACTURE N° : 221000183

CASABLANCA le 13-10-2022

Mme RAMI Aicha

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Val	Clefs	
9105	Prélèvement sanguin	E25	E	
0101	Albuminémie (Méthode immunologique)	B60	B	
0104	Calcium	B30	B	

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 140.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quarante dirham .

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25

مختبر الصقلي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILOUD
240, Bd Brahim Roudani, Madrif
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 39 61
Casablanca. Patente: 35805014

