

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

### Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-778657

160707

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

6272

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BOUTIBA HASSAN

Date de naissance :

25/06/1959

Adresse :

Residence LAVNOURE "A" Marhaba 1<sup>er</sup> plage  
LAVNOURE CASABLANCA

Tél. :

06 98 11 8623

Total des frais engagés :

533,31

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation :

20/06/2023

Age: 59 ans

Nom et prénom du malade :

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 :

Le : 10/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

B.K

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
.....	.....	.....	.....	INP : <input type="text"/>
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	
.....	.....	.....	.....	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

## VOLET ADHERENT

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<b>H</b> 25533412 00000000	<b>G</b> 21433552 00000000		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	<b>D</b> 00000000 35533411	<b>B</b> 00000000 11433553		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Date d'édition : 23/03/2023 11:07:51

MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

79940766

Date et heure : 23/03/2023 11:07

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

533,31

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

BOUTIBA HASSAN

25/06/1921

Les akhlaq laqimma a

2023/03/23



Date d'édition : 23/03/2023 11:07:51

MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

79940766

Date et heure : 23/03/2023 11:07

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

533,31

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

## Accusé de Réception



0649826523

## Instructions à suivre

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 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 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

## Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الماحاددية التي تتبعون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعرية الوطنية المرجعية.

الأخطر الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

## 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  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SOUGRATI Asma

P. Sinor

185717

N° Affiliation : 932 606 284

3 198316

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : Hay Laymann, résidence Laymann A, appart. 4, Casablanca

533,31

Montant des frais (Dhs) :

05

Nombre de pièces jointes :

## Déclaration du médecin traitant

## Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SOUGRATI Asma

241 M 1964

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M ذكر

F أنثى

## Identification du médecin traitant

N° INP

## Type de soins

Maladie \*

مرض

Plaquette remis\* :

Maternité \*

أمومة

Date de grossesse :

Hospitalisation \*

مشفى

Date d'accouchement :

Accident \*

حادث

Date d'accident :

Causes :

## تصريح الطبيب المعالج

## المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

SOUGRATI Asma

Tarihe azridi

Tarihe tawifat al-wilaya

Raqm tawifat al-wilaya

جنس:

M ذكر

F أنثى

## تم تقديم الظرف المغلق :

Oui Non

Tarihe al-haml :

Tarihe al-ribab li-l-wilaya :

Tarihe al-astishfa :

Tarihe al-hadath :

Asbab al-hadath :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : Casablanca

le : 22/03/2023

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

Cocher la mention utile pour chaque case

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

Fait à : Casablanca

le : 21/03/2023

Signature de l'assuré (e)

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يُمْنَعُ بِكُلِّ طَرْفٍ بَعْدِ طَبْعَتِهِ

أصل الكشف

جواز السفر

جواز السفر

جواز السفر

جواز السفر

#### **description des actes effectués**

## وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

#### جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموجة

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	النحو المطلوب Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو مuron التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
21/03/23	128,80	X
	092071976	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

علميات الاحياء، الاشعة و الصور

الطباطبائين المساعدين

Actes Paramédicaux

lock (/portailapps/www/index.php/assures/auth/MedSante)

MedSante

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▾



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La 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

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	2 633,31	2 298,48	47,50	2 345,98
79874868	21/03/2023	SOUGRATI ASMA	2 100,00	2 004,00	0,00	2 004,00
79940766	23/03/2023	SOUGRATI ASMA	533,31	294,48	47,50	341,98

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوعksam مليكا

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
اختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 21 Mars 2023

Mme SOUGRATI Asma

37,20 x 2

1/ FUCITHALMIC 1% GEL OPHTAL

AS



54,60 x 1

2/ TOBRADEX : pde

AS

1 application / jour, le soir au coucher, œil droit, 8 jours

128,80



Dr. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11

## FACTURE

Casablanca , le 22/03/2023

Facture N° 210323-135 du 22/03/2023

CNOPS

Dr : BOUKSIM MALIKA

N°Bon de soin Mle

Patient :Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	33,00
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	110,00
Rendez-vous	0	0,00
<b>Total B</b>	<b>130</b>	<b>143,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>11,51</b>
<b>Total</b>		<b>154,51</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent cinquante-quatre dirhams 51 centimes\*\*\*

Laboratoire  
M. BENAZZOUZ  
Rés. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 93 10 60/61-Fax: 05 22 93 10 61  
Patente : 35051078  
ICF : 093001394- IF : 51485800

Dr. Malika BOUKSIM

OPHTHALMOLOGISTE

Spécialiste des Maladies et Chirurgie des Yeux  
Laser - Angiographie  
Contactologie  
Strabologie

الدكتورة بوعسيم مليكة

طب العيون

دبلوم التشخيص بالأمواج ما فوق الصوتية  
الختصاصية في أمراض و جراحة العيون  
الليزر....

Casa le : 13 MARS 2002

Mme  
M SOUGRATI - ASMA

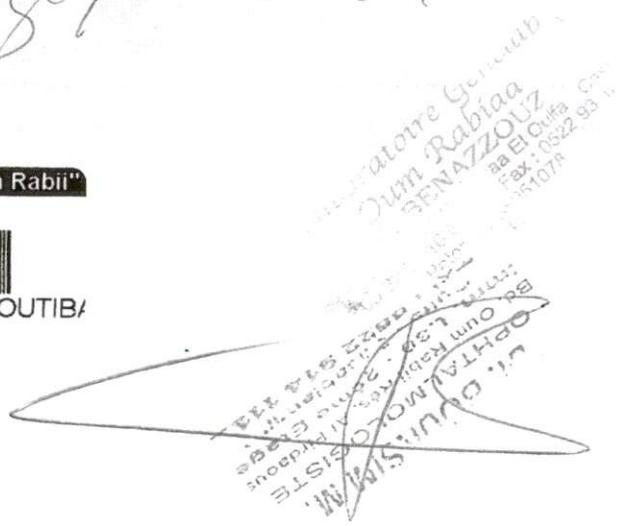
1 - Hb glycémie

2 - glycémie 24

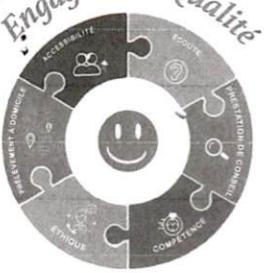
Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"  
210323-135



SOUGRATI ASMA EP BOUTIB/  
D.N : 11/24/1964



Bd. Oum Rabii Gpe Résidence Al Firdaus Imm. L 30 1er étage N° 5 Oulfa - Casablanca  
Tél. : 05 22 91 41 11



**Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA**

Dossier N° :210323-135

Page : 2/2

## **ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)**

HEMOGLOBINE GLYQUÉE : 5,30 %  
(HPLC /D10 BIORAD/ Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022) )

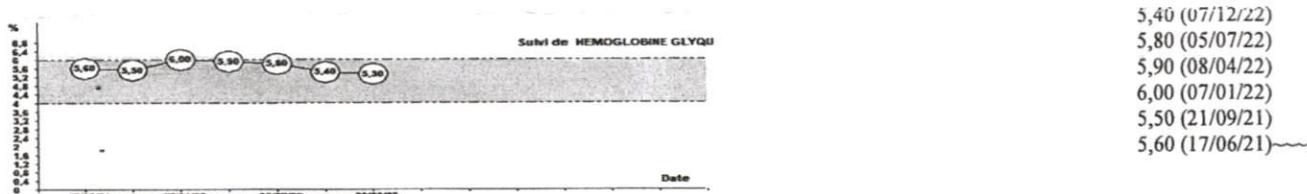
## Valeurs Usuelles

## Antériorité

Ø Pour un Diabète de type 2 :  
étraité par antidiabétiques oraux,  
le taux d'HbA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)  
étraité par insuline,  
le taux d'HbA1c doit être < à 7%.  
édu sujet très âgé.

Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications

- Toute hémorragie ou hémolyse, entraînant un renouvellement accéléré des hématies, diminue fortement le taux d'HbA1c
- En cas d'insuffisance rénale, l'HbA1c est souvent surestimé



**Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons un bon rétablissement**

## Biogiste assistant

Dr Y.Bellamine

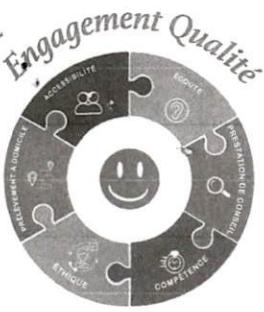
LABORATOIRE GÉNÉLAB  
Rue Rabbaa  
Béjaïza  
Rés. Aboutiba - El Oued - CASA  
Tél : 05 22 93 04 60 / 61 - Fax : 05 22 93 10 61  
P.T : 36051078 - I.C.S : 001084109000068  
P.T : 36051078 - I.C.S : 001084109000068 - INPE : 0971630014  
P.T : 36051078 - I.C.S : 001084109000068 - INPE : 0971630014

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (\*) = paramètre accrédité

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61/ 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02 - Site web : [www.lbmcgenelab.com](http://www.lbmcgenelab.com)



مختبر التحاليل الطبية جنلاب "أم الريان"  
Laboratoire de biologie médicale Génelab  
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ  
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد  
صيدلي إنجاني



Laboratoire certifié par  
**IMANOR**  
CERTIFICATION  
N° 2017 CSMQ.04 : 01  
NM ISO 9001 : 2015

### Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : BOUKSIM MALIKA

Bd Oum Rabiaâ G Rés Al Firdaous Im L 30 2è Etg Oulfa

Tél : 0522914111 Fax :

Casablanca

Édité le : 22/03/2023



Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Date naissance: 24/11/1964

Code Patient : 310I5629

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 210323-135



Dossier créé le : 21/03/2023

Heure création: 12:17

Patient prélevé le : 22/03/2023

Heure Plvt : 8:35:

\*\*\*

Page : 1/2

### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

#### Valeurs Usuelles

#### Antériorité

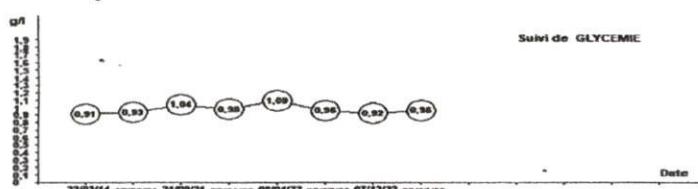
##### GLYCEMIE

(Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

: 0,96 g/l  
5,33 mmol/l

Les valeurs normales chez :

- Une femme Non enceinte sont de 0.74 à 1.06 g/l soit 4.1 à 5.9 mmol/l
- Une femme Enceinte sont de  $\leq$  0.92 g/l soit 5.12 mmol/l



0,92 (07/12/22)  
0,96 (05/07/22)  
1,09 (08/04/22)  
0,98 (07/01/22)  
1,04 (21/09/21)  
0,93 (17/06/21)  
0,91 (22/03/14)

LABORATOIRE GENELAB  
Dr. Oum Rabiaâ El Oulfa - Casablanca  
Résidence Abouab Oum Rabiaâ 1060/93 1078  
Tél. 05 22 93 10 61 - Patente : 35051078 - INPE : 097163968  
ICE : 001084109000068 - Fax : 05 22 93 10 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgelab.com

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

NB : (\*) = paramètre accrédité

شارع أم الريان - الانفاس - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الريان - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

الفاكس : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - ت.م : 05 22 93 10 61 - Fax : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.Lbmgelab.com