

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

- 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° W21-818889

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN
 Date de naissance : 27/06/1959
 Adresse : Résidence KAYNOUC A° Appartement 4 1er Etage
 Lot 154 KAYDOUC KAYLAÏNOUC CASABLANCA
 Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 888,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SOUGRATI NEMA Age : 60
 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 : 17/09/2023
 Signature de l'adhérent(e) : B. H.

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

[illegible][illegible][illegible]

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant detaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOILET ADHERENT

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
<p>Important : Les soins dentaires effectués en vertu d'un contrat d'abonnement sont facturés forfaitairement à l'adhésion au contrat.</p> <p>Les soins dentaires effectués en vertu d'un contrat d'abonnement sont facturés forfaitairement à l'adhésion au contrat.</p>				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
				COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MAINTIENS DES SOINS : _____
				DÉBUT DE TRAVAIL : _____
				FIN DE TRAVAIL : _____
O.D.F. PROTHÈSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<p>H</p> <p>D ————— C</p> <p>B</p> <p>(Création, remonte, adjonction)</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX : _____
				MAINTIENS DES SOINS : _____
				DÉBUT DE TRAVAIL : _____
				FIN DE TRAVAIL : _____
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

82474630

Date et heure : 15/08/2023 11:20

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 :

988,30

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE489

Nom Etablissement :



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

82474630

Date et heure : 15/08/2023 11:20

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 :

888.30

Nombre de pièces : 5

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

[Ma Situation](#)[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 4](#)[PAYE](#)[RETOUR POUR COMPLEMENT 2](#)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	6 510,91	3 609,60	487,39	4 096,99
82474801	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	1 948,40	1 410,00	39,99	1 449,99
82474693	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	250,00	120,00	5,00	125,00
82474630	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	888,30	208,40	32,10	240,50

66

54020

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون 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 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **Sougrat A. Sma** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **185717** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **932 606 284** : رقم التسجيل :
N° CIN : **3198316** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *
Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : **Hay Laymon, 201, 202, 203, 204, Casablanca** : العنوان :
Montant des frais (Dhs) : **988,30 Dhs** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins **Sougrat A. Sma** : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **24/11/1964** : تاريخ الميلاد :
N° CIN : **3198316** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : **M** ذكر F أنثى : الجنس * :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09.164.723** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات :

Maladie * : مرض * : Pli confidentiel remis * : Oui Non : تم تقديم الظرف المغلق * :
Maternité * : أمومة * : Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Hospitalisation * : استشفاء * : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :
Accident * : حادث * : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Causes : : أسباب الحادث :
Date d'accident : : تاريخ الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à :
le : **25/08/2023** :
Signature de l'assuré (e) :
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le : **25/08/2023** :
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية :
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins :
طابع الخاتمة :
05 22 90 1107

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

العمليات الجراحية

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع ومطابق الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/7/23				300 JH	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الموفرة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومطابق الصيدلي أو معون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/07/23	38,30	PHARMACIE TELIA V. d'Aménagement H.H 47 N°H Ain Layman, Ain Hayani Tél: 00 22 93 80 84 - Fax: 00 22 93 87 15 ICE: 001854500000078 - IZ: 40150030
	092071976	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 ومطابق طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
31/7/23				250 JH	

Actes Paramédicaux

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 ومطابق المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat

Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة العباسي بركام حياة

إختصاصية في طب النساء والولادة

Diplômée de la faculté de Médecine
de Strasbourg - France
Ex-Chef de Clinique au CHU de Strasbourg

- Accouchement
- Echographie
- Stérilité de Couple
- Maladies des Seins
- Chirurgie Gynécologique

خريجة كلية طب بستراسبورغ فرنسا
طبيبة سابقة بالمستشفى الجامعي
بستراسبورغ

- الولادة
- الفحص بالأمواج فوق الصوتية
- عقم الزوجين
- أمراض الثدي
- أمراض و جراحة الرحم

31/07/2023

Casablanca, Le

Mme SOUGRATI Asma

38, 30

POLYGYNAX OVULE

1 par jour pendant 6 jours .



PHARMACIE EL HAJ
Voie d'Aménagement N°47 N°H
Raj Laymouni Ray Hassani
Tél: 05 22 93 85 84 Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 001351566000078 - S: 40156080

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat
31 Bd Oum Errabii, Groupe Rés Al Firdaous (GH25A)
Tél/fax: 05 22 90 11 01

Urgence : 06 61 43 83 26 مستعجلات

31, شارع أم الربيع، مجموعة إقامة الفردوس (GH25A) طابق : 2. شقة : 9. الألفة. الدار البيضاء. الهاتف/ الفاكس : 05 22 90 11 01
31, BD Oum Errabii, Groupe Rés Al Firdaous (GH25A), étage: 2, Appt: 9, EL oulfa Casablanca. Tél/fax: 05 22 90 11 01

Docteur EL ABBASSI BERGAM Hayat
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous (GH25A), OULFA
CASABLANCA
Tél : 05.22.90.11.01

COMPTE RENDU D'ECHOGRAPHIE GYNECOLOGIQUE

NOM : Mme SOUGRATI

PRENOM : Asma

AGE : 58 ans

DATE : 31/07/2023

MOTIF : metrorragie de la ménopause

UTERUS :

- Antéversé
- Echo-structure : régulière
- Endomètre : épaisseur de 5 mm / retention de 7mm

ANNEXE DROITE :

- Ovaire droit : 23/15mm
- Kyste : 0

ANNEXE GAUCHE :

- Ovaire gauche : mesurant 21/25 mm
- Kyste : 0

EPANCHEMENT : Non

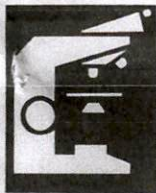
CONCLUSION :

Retention de 7mm avec image de polypes de l'endomètre indication d'une hystéroscopie .

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat
Spécialiste en Gynécologie-Obstétrique
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous (GH25A), OULFA
CASABLANCA
Tél : 05.22.90.11.01

Patient		Exam	
N°	SOUGRATI	N° d'accès	
Nom	ASMA	Dte exam.	31-07-2023
D. naissance		Description	
Sexe		Opérateur	





مختبر شهريزاد LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd. Zerkouni 5^{ème} étage - CASABLANCA 01 - Tél. : 0522.22.69.88/89 - 06 66.02.86.31 - الدار البيضاء - 5 شارع الزركطوني الطابق 5
Fax : 05 22.47.55.73 - E-mail : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON

Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 31/7/23 Référence N° :
Médecin prescripteur : SOCIOPATHI N° Tél : A99A
Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : 01/11/19
Adresse : N° Tél :

Type de Prélèvement : Cytologie ☐ Biopsie ☐ Curetage ☐ Exérèse ☐ Extemporane ☐

Siège, organe ou tissus :

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

Frottis de dépistage : Vagin ☐ Exocol ☒ Endocol ☒ Endomètre ☐

- Date des dernières règles :

- Parité : 2622

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol : Non

Patente : 34206518 - ICS : 01502419000067
0522293015 - ICS : 01502419000067

Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

4, Bd Zerktouni - Casablanca 01

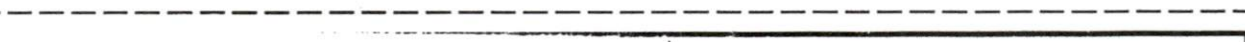
Tél. : 022 .22.69.88/89 fax : 022.47.55.73

Casablanca le : 02/08/2023

Facture N° 372388

N° D'ANA-PATH	9DAHIW
NOM PRENOM	SOUGRATI ASMA
ADRESSE PAR :	DR EL ABBASSI BERGA
ORGANE	UTERUS-COL.
COTATION B	245
COTATION K:	
TOTAL DH :	300

Cachet et signature :





LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerktouni 5^{ème} étage - 20140 Casablanca - Tél.: 05.22.22.69.88/89 - Fax: 05.22.20.51.17 - E-mail: labocasa2@gmail.com
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087

Docteur Schéherazad HACHCHADI - AGHZADI
C.E.S. d'ANATOMIE PATHOLOGIQUE
Diplômée de la Faculté de Médecine de DIJON
Ex. Enseignante à la Faculté de Médecine de BESANÇON
Membre Actif de l'Académie Internationale de Pathologie

DR EL ABBASSI BERGAM

Pour

Mme SOUGRATI ASMA

Age : 59 ANS
Référence : 9DAH1W
Parvenu : Le 02/08/2023
Répondu : Le 03/08/2023
Organe : UTERUS-COL.
Ménopausée ;
Métrorragies sur polype nécrosé
2G-2P.
Prélèvement intitulé exo et endocol .

- FROTTIS CERVICAL EN MILIEU LIQUIDE -

MATERIEL EXAMINE

Frottis cervical utérin parvenu effectué en phase liquide , à l'aide d'une Cervex-brush et analysé en mono-couche .

QUALITE DU FROTTIS.

Prélèvement est macroscopiquement hémorragique et de qualité satisfaisante.

CLASSE DU FROTTIS SELON LE SYSTEME DE BETHESDA

Absence de cellules dysplasiques et de cellules malignes

CYTOLOGIE DESCRIPTIVE

Richesse : modérément élevée

Type de cellules retrouvées :

- * cellules malpighiennes exocervicales intermédiaires et para-basales
- * cellules endocervicales en remaniement inflammatoire aigu hémorragique

FLORE MICROBIENNE

Flore mixte aspécifique.

CONCLUSION:

- Cervicite aiguë hémorragique sans signe de spécificité;
- Sub-atrophie;
- Absence de cellules néoplasiques malignes.

Très confraternellement,
DR HACHCHADI-AGHZADI Sc.

LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerktouni 5ème Etage
20140 Casablanca
Tél.: 05.22.22.69.88/89 - I.F.: 41807041
INPE: Lab: 091070078/ Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087