

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° W21-818889

A 75538

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 : 21/06/1959

Adresse : Résidence KAYOUNE 1^e Appart. 4 1^e Étage

Lot 154 KUMOUNE 1^e KAYOUNE CASABLANCA

Tél. : 06 98 11 86 23 Total des frais engagés : 888,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : SOUGRATI NIMA Age : 60

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 18 SEP. 2023

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. 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 : _____

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT _____

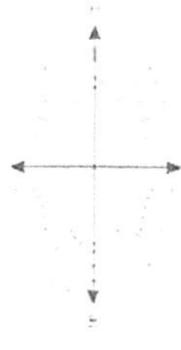
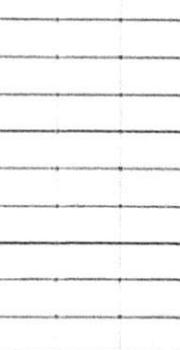
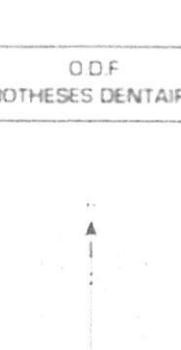
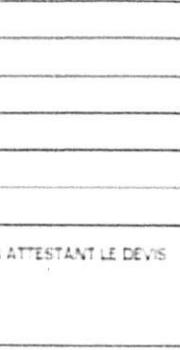
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien déclare que les honoraires sont payés à l'exception de la partie correspondant au remboursement par la Sécurité Sociale.

Important

Le praticien déclare que les honoraires sont payés à l'exception de la partie correspondant au remboursement par la Sécurité Sociale.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____

 DENTISTE DES TRAVAUX	 MÉTALISATION DE LA DENT
 DENTISTE DES TRAVAUX	 MÉTALISATION DE LA DENT
 DENTISTE DES TRAVAUX	 MÉTALISATION DE LA DENT
 DENTISTE DES TRAVAUX	 MÉTALISATION DE LA DENT

ODF PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	D	G

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 : 15/06/2023 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 :

Royaume du Maroc



Date d'édition : 15/06/2023 11:21:35

MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

82474630

Date et heure : 15/06/2023 11:20

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

936Q6284 / 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

540 20

1900

1900

1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900

1900



1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900 1900

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 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 un 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 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 للمشتارة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتحمرون 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 المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار 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 الاختياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle**توقيع و طابع التعاوضية**

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
Ref ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي والشخصي : *SOLIVE ATT*
رقم الانخراط : *185717*
N° Affiliation : *932 606 284*
N° Immatriculation : *3198316*
N° CIN :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)
Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : *Hay Layouni, 1er deus Layouni A*
Montant des frais (Dhs) : *888,30* dhs
Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
الإسم العائلي والشخصي : *SouGRATH ASMA*
نوع العلاجات
تاريخ الازدياد : *24/11/1964*
N° CIN : *J198316*
Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : *09164723*
نوع العلاجات
تم تقديم الطرف المغلق* : Oui Non
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
Date de grossesse : Date prévue d'accouchement :
تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :
تاريخ الحادث : Date d'accident :
أسباب الحادث : Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.
Fait à : *Gharbia Casablanca* le : *31/10/2023* هـ : *1444* توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)
أصرح بصدقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : *Gharbia Casablanca* le : *31/10/2023* هـ : *1444* توقيع الطبيب المكلف أو المؤسسة المختصة
Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* أصل الخاتمة

يمتنع منعاً كلباً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

جزء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الدقيقة المعمولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع التحويل Date d'exécution	العنوان Prix facturé	توقيع و مstamp الصيدلي أو موافق التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
31/07/2023	38,30	PHARMACEUTIQUE TLELLA Société d'Aménagement H.H.47 N°H Bât. 1 Layen de la Haye Haynen Tel. 03 22 93 80 80 Fax. 03 22 93 47 16 ICP 001884603606378 - IFT 40160000
	092071976	

العملات المحرّاة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عنوان الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

بيانات المساعدة المقدمة

Dr. EL ABBASSI BERGAM Hayat
Spécialiste en Gynécologie - Obstétrique



الدكتورة العباسى برکام حياة
إختصاصية في طب النساء والولادة

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

Diplômée de la faculté de Médecine
de Strasbourg - France
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 وجراحة الرحم

31/07/2023

Casablanca, Le

Mme SOUGRATI Asma

38,30

POLYGYNAX OVULE

1 par jour pendant 6 jours.

MAPHAR
POLYGYNAX 6 capsules vaginales
Bd. Alkima No. 6, Qs-Sidi Bernoussi,
Casablanca / Maroc
P.P.V.I.: 380HB30

PHARMACIE TILILA
Voie d'Aménagement HN 47 N°H
Haj Laymoun Haj Hassani
Tél: 05 22 93 85 15 - Fax: 05 22 93 87 15
ICE: 091551566000078 - S: 40156680

مستححّلات : 06 61 43 83 26

شارع أم الريحان، مجموعة إقامة الفردوس (GH25A) طابق :2. شقة: 9. الألفة. الدار البيضاء. الهاتف/ الفاكس: 01 31 BD Oum Errabbi, 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 menopause

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

EPANCIEMENT : Non

CONCLUSION :

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

DR. EL ABBASSI BERGAM HAYAT
31, Bd Oum Rabii, Gr Al Firdaous (GH25A), OULFA
CASABLANCA
Tél : 05.22.90.11.01

Patient

N°
Nom
D. naissance
Sexe

SOUGRATI
ASMA

Exam

N° d'accès
Dte exam.
Description
Opérateur

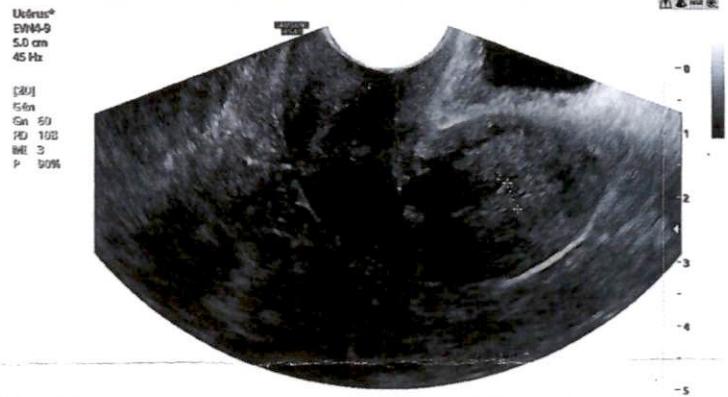
31-07-2023

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... ASMA SOUGRATI TIs 0.20 MI 1.06 31-07-2023 12:43:00



1 D 0.70 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... ASMA SOUGRATI TIs 0.20 MI 1.06 31-07-2023 12:43:08



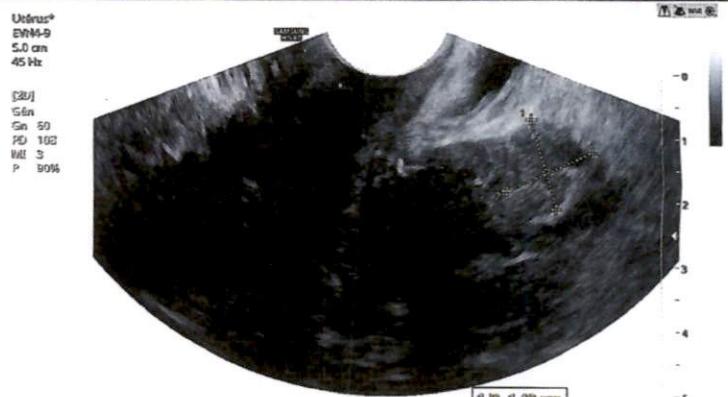
1 D 0.70 cm

2 D 0.66 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... ASMA SOUGRATI TIs 0.20 MI 1.06 31-07-2023 12:43:41

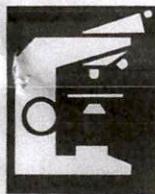
1 D 0.70 cm
2 D 0.66 cm
3 D 1.04 cm
4 D 1.05 cm

SAMSUNG DR EL ABBASI HA... ASMA SOUGRATI TIs 0.20 MI 1.06 31-07-2023 12:44:28



1 D 1.00 cm

2 D 1.03 cm



مختبر شهزاد

LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

شارع الزرقطوني الطابق 5 - الدار البيضاء 01 - Tel. : 0522.22.69.88/89 - 06.66.02.86.31
Fax : 05 22.47.55.73 - Email : labocasa2@gmail.com

Docteur Schéhérazad 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'Academie Internationale de Pathologie

DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Date du prélèvement : 3/17/12 Référence N° :

Médecin prescripteur : SOUGRATI Nº Tél :

Nom du patient : ASMA Prénom :

Nom de jeune fille : SAHRA Date de naissance :

Adresse :

Type de Prélèvement : Cytologie Biopsie Curetage Exérèse Extemporané

Siège, organe ou tissus:

Examens antérieurs :

Renseignements cliniques & paracliniques :

Frottis de dépistage : Vagin Exocol Endocol Endomètre

- Date des dernières règles : mi mars

- Parité : 262P

- Traitement hormonal :

- Test au Lugol : non

31 Bd Zerkouni 01000 Casablanca
Tél/Fax: 05 22.47.55.73
E-mail: labocasa2@gmail.com
Patente: 34206518 - ICE: 00150241900087
C.R. 229-015

Signature & Cachet



LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Bd Zerkouni - Casablanca 01
Tél. : 022.22.69.88/89 fax : 022.47.55.71

Casablanca le : 02/08/2023

Facture N° 372388

N° D'ANA-PATH 9DAH1W
NOM PRENOM SOUGRATI ASMA
ADRESSE PAR : DR EL ABBASSI BERGA
ORGANE UTERUS-COL.
COTATION B 245
COTATION K:
TOTAL DH : 300

Cachet et signature

X-----



LABORATOIRE SCHEHERAZAD

CABINET MEDICAL D'EXAMENS HISTO - CYTOPATHOLOGIQUES

4, Bd Zerkouni 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'Academie 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 EXAMINÉ

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

QUALITÉ 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.

*LABORATOIRE SCHEHERAZAD
4, Boulevard Zerkouni 5^{ème} Etage
Casablanca - Maroc - 20140
Tél.: 05.22.22.69.88/89 - I.F.: 41807041
INPE: Lab: 091070078 / Med.: 093002921 - ICE: 001502419000087
Très confraternellement,
DR HACHCHADI AGHZADI Sc.*