

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

- 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.

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° M21-0030808

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 405257 Société : 176666
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : TADILI S.O. EL HASSAN
 Date de naissance : 21 Fev. 1939
 Adresse : Etagement SPIT N°34 SKHIFAT/PAGE
 Tél. : 066140108 Total des frais engagés : 2104,50€ Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : L.A.A.B.I. Toukita Age : 78 ans
 Lien de parenté : ☒ L'urne ☒ 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 : Rabat Le : 21.10.2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature] (P.56)

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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

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 Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

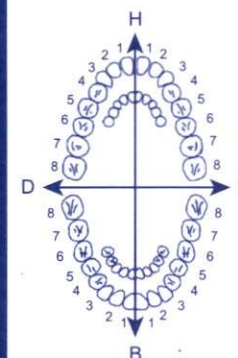
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
----------------	------------------	-------------



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

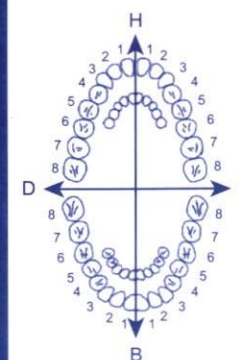
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

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 واثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى التعاقدية 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 التعريفة الوطنية الموحدة.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية 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.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

أقسام بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : LAABI Touria : الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 11414314 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 5142/4913316 : رقم التسجيل

N° CIN : 14144131815 : 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 : Boite Postale 2106 Hay Riad - RABAT : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 2104,50 DH : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 07 : عدد الوثائق المرفقة

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : LAABI Touria : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 21/01/1975 : تاريخ الازدياد

N° CIN : 14144131815 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ♂ ذكر / F ♀ أنثى : الجنس

N° INP : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui () Non () : قبول المرض المزمن

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن

Code ALD : رقم المرض المزمن

Soins ambulatoires* : علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : Oui () Non () : تم تقديم الظرف السري

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

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

Fait à : حرر في : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le : 10/01/2013 : في :

Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له (ها)

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : توقيع وطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite : يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات المجرات

GEM - 10

عمليات الإحياء الأشعة و الصور

LSP:

عليان السباعين الطالين

INP :INP :

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

REJET 1

PAYE

① 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
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
81975199	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	740,00	500,00	5,00	505,00
81975156	13/07/2023	Payé en : 48 jours		LAABI TOURIA	600,00	168,00	24,00	192,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70

Rabat, le

26 JUN 2023

LAABI EP TADILI TOURIA

111.00
x12

1. HUMALOG MIX 50

14 UI le Matin à 8h

16 UI à Midi

14 UI le Soir à 20h

19.50
x3

2. UVEDOSE

1 Ampoule Buvable / Mois

199.50

3. BDM 6 mm

1 Boite (100 Aiguilles)

116.50

4. BANDELETTES

3 Tests Glycémiques / Jour

Pharmacie SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Amakhlil Hay Riyad - Rabat
Tel. 0537 71 34 43 - 0537 71 77 77

T: 1704.70

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
Nutrition
4, Rue Honaine N° 7 Agdal - Rabat
Tél. 0537 67 16 67

TRAITEMENT DE 3 MOIS

INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifien et Av. 16 Novembre)

Rabat 10 080 Maroc Tél: + 212(05) 37 67 16 67 / Mobile : +212(06) 61 22 12 30

E-mail : cabinet.rkiouak@gmail.com

<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>
<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>	<p>Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen Suspension injectable Bouteille de 1 stylo de 3 ml. SOTHEMA B.P. N°1: 27182 Boukoura, Maroc A.M.M. N° 34817 DMP21NRQ</p>  <p>6 118001 071807</p>

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH



6 118001 185030

Maphar
Bd Alkimia N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V.: 19,50 DH



6 118001 185030

4 015630 064144
Made in Germany / صنع في ألمانيا
Roche Diabetes Care GmbH
Sandhofer Strasse 116
68305 Mannheim, Germany
www.accu-check.com



0 382903 205202
285.00
199.00



Pr F. RKIOUAK

Professeur d'Endocrinologie

Diabétologie - Nutrition

Rabat, le 23.06.23

LAABI ET TADILI TOURIA

- HbA1c

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
Nutrition
4, Rue Honaine, N°7, Agdal - Rabat
Tél./Fax : 05 37 67 16 67

INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifén et Av. 16 Novembre)

Rabat 10 080 Maroc Tél: + 212(05) 37 67 16 67 / Mobile : +212(06) 61 22 12 30

E-mail : cabinet.rkiouak@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNI

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

Mme LAABI EP TADILI TOURIA

Dossier ouvert le : 23.06.23

Prélèvement effectué à 10:50.

Edition du : 23.06.23.

Réf. : 23F308

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE (Sur Automate Cobas Mira Roche)

Normales

Antériorités

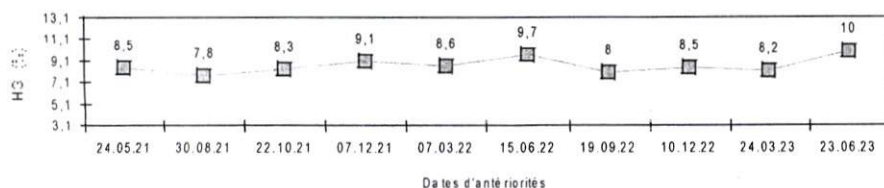
24.03.23

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1c
(Technique HPLC BIO-RAD D-10)

: **10,0** %

4,4 - 6,4

Interprétation : 4,5 - 6 Normale
6 - 6,5 Bon équilibre si diabétique connu
7 - 8 Diabète déséquilibré
> 8 Diabète très déséquilibré



Dr. J. ZITOUNI
Biologiste

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

81975258

Date et heure : 13/07/2023 13:51

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50669

Valeur en Dirhams :

2 104,50

Nombre de pièces : 7

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR471

Nom Etablissement :