

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 405257 Société : 176666

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TADILI SIDI EL HASSAN

Date de naissance : 21 Fevr. 1939

Adresse : Retirement SPIT N°34 SKH/MT/PLAGE

Tél. : 06 61 17 01 08 Total des frais engagés : 19104,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAFABI TOALIAT

Age : 78 ans

Lien de parenté :

Enfumême

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 21/09/2023

Le : 21/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



(P.J.B)

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 |
|-------------------------------------|-------------------|--------|----|----|----|------------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

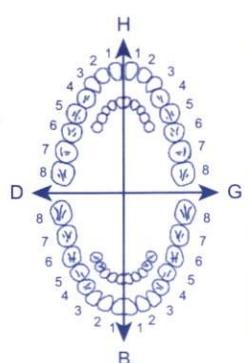
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRE

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

| | |
|-----------------------------|-------|
| Identification de l'agent : | |
| Date de dépôt du dossier : | |

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 و الوثائق الاشبانية إلى التماضدية التي تنتهي إلى منها 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة



Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.02.01

مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خواص بال المؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LA ABI Touria

111114911

N° Affiliation :

514914913316

N° Immatriculation :

1A1144131815

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

adresse : Boîte Postale 2106 - Hay Riad -

RABAT

Montant des frais (Dhs) : 210450DH

Nombre de pièces jointes : 07

Déclaration

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : LA ABI Touria

1910/03/145

Date de naissance :

1A1144131815

N° CIN :

Sexe :

M ○ ذكر ○ F ○ امرأة ○

Identification de l'assuré

N° INP

.....

Type de soins

Admission ALD* :

Oui

Non

N° dossier ALD* :

.....

Code ALD :

.....

Soins ambulatoires* ○ علاجات خارجية* ○ Pli confidentiel remis* : Oui ○ Non ○

Hospitalisation* ○ استئصال* ○ Date d'hospitalisation :

.....

.....

.....

.....

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

Fait à :

حرر بـ :
le : 10/3/017/19/09/13

في :
.....

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

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .

حرر بـ :
.....

في :
.....

.....
.....

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة المختصة .
Signature et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* اشطب الخانة

description des actes effectiés

وهي العمليات المجرات

三

| التاريخ العمليات Date des actes | رمز العمليات Code des actes | معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP | قيمة التحامل Valeur Clé | المبلغ الملفوت Montant facturé | توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant |
|------------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 23.06.23 | | | 300 201A | | |
| 22.06.2023 | | | | | |
| 26.06.2023 | 2023 | | 6 | | |
| | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

دليات الإحياء، الأشعة، والصور

تاريخ التنفيذ

الثمن المفوتر
Prix facturé

توقيع و طابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs
des dispositifs médicaux

| التاريخ التنفيذ Date d'exécution | النوع المطلوب Prix facturé | توقيع و طابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-------------------------------------|-------------------------------|--|
| 23/06/23 | 1704.30 | |
| | INP : [REDACTED] | |
| | NPE : 102051620 | |
| | INP : [REDACTED] | |



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

💡 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 |

Pr F. RKIOUAK

Professeur d'Endocrinologie

Diabétologie - Nutrition

Rabat, le 26 Juillet 2023

LAABI EP TADILI TOURIA

111.00

1. HUMALOG MIX 50

* 12

14 UI le Matin à 8h

16 UI à Midi

14 UI le Soir à 20h

19.50

* 3

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 SANA SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Av Annakhil Hay Riad - Rabat
Tel. 0537 713443 - 0537 71775

T: 1204.20

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
4, Rue Honaine n° 7 Agdal - Rabat
Télé: +212(05) 37 67 16 67 / Mobile : +212(06) 61 22 12 30
INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifen 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

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

Humalog® MIX50 100UI/ml. Kwikpen
Suspension injectable
Boîte de 1 stylo de 3 ml.
SOTHEMA
B.P. N°: 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34917 DMP21NRC

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

6 118001 071807

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

5 118001 185030

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

5 118001 185030

4 015630 064144

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

0 382903 205202

199.50
199.50

Pr F. RKIOUAK

Professeur d'Endocrinologie

Diabétologie - Nutrition

Rabat, le 23.06.23

LAABI EP TADILI TOURIA

- HbA1c

Zrkouak199@gmail.com
Tél: 05 37 71 25 91
G. Rue Honaine N°7 Agdal Rabat
L'obligation de la visite Rabat

Pr. F. RKIOUAK
Professeur d'Endocrinologie
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.Michlifen 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.

Édition du : 23.06.23.

Réf. : 23F308

Page : 1

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE (Sur Automate Cobas Mira Roche)

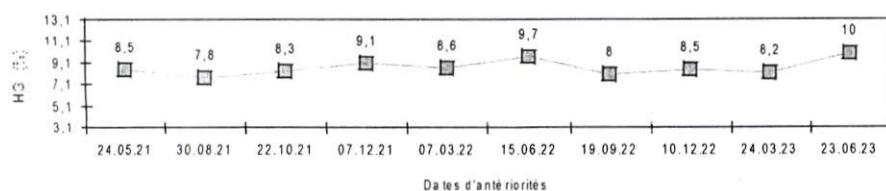
Normales

Antériorités

24.03.23

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1 c : 10,0 % Normales 4,4 - 6,4
(Technique HPLC BIO-RAD D-10)

| 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 :

CNOPS



Royaume du Maroc