

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

- Reclamation : 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

17 9268

En complément à mon époux Aloui ABD L'hôpital
Déclaration de Maladie : N° S19-0051948

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 1511

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KOURANE Latifa Date de naissance :

Adresse : Résidence WIAN Apt 2 - 1074 - OULFA

Tél. : 0669131320 Total des frais engagés : 341,51 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age :

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 : Kourane Latifa

Le : 18/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Kourane Latifa

ST

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 |
|-----------------|----------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| | | | | |
| 2023-01-01 | Acte de consultation | 1 | 50 | |
| 2023-01-01 | Acte de prescription | 1 | 20 | |

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 Cœfficients | 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 | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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 DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

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.

| | |
|------------------------------------|-----------------------|
| Cachet et signature de la mutuelle | توقيع و طابع التغاضية |
| Identification de l'agent : | |
| تاريخ الإيداع : | |
| Date de dépôt du dossier : | |

تعليمات يجب اتباعها

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 التماضدية التي تنتهي 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 المتصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريف كاذب للإستفادة 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



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مرجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ALAOUI ABIB Med

B62728

N° Affiliation :

44187325

N° Immatriculation :

B98405

N° CIN :

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

Conjoint

زوج

Enfant

ابن

Adresse : Residende w. AN - 2914 - Appel - OULEA العنوان :

Casablanca le 202

Montant des frais (Dhs) : 341,51 DH

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : ALAOUI ABIB Med

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ذكر

F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Maladie *

مرض

Maternité *

أمومة*

Hospitalisation *

إستشفاء*

Accident *

حادث*

Pli confidentiel remis* :

Oui

Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à :

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

أشطب الحانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

وصف العملات المجرأة

CIM - 10

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

الطبين المساعدين عمليات

Actes Paramédicaux



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

REJET 2

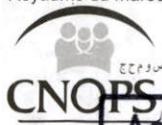
PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 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 | - | 07/10/2023 | Virement | - | 1 120,30 | 633,31 | 0,00 | 633,31 |
| 82594889 | 24/08/2023 | Payé en : 44 jours | | ALAOUI ADIB M'HAMED | 1 120,30 | 633,31 | 0,00 | 633,31 |
| - 1 | - | 05/10/2023 | Virement | - | 341,51 | 264,00 | 0,00 | 264,00 |
| 82152678 | 25/07/2023 | Payé en : 72 jours | | ALAOUI ADIB M'HAMED | 341,51 | 264,00 | 0,00 | 264,00 |

Royaume du Maroc

**Accusé de Réception**

MR ALAOUI ADIB M'HAMED
RES WIAM IMM 4 APPT 2
OULFA
CASA
CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier : 82152678 Date et heure : 25/07/2023 11:26

Nom et prénom Assuré : ALAOUI ADIB M'HAMED

Immatriculation : 44873255 / 500380851

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ALAOUI ADIB M'HAMED / 01

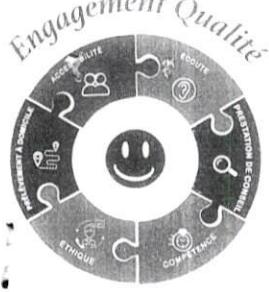
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 40110

Valeur en Dirhams : 341,51 Nombre de pièces : 5

Code Etablissement : Agent de réception : M4M0100

Nom Etablissement :



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

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

دكتور محمد بنazzouz
طبيب مختبر



Laboratoire Génelab
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04.01
NFI ISO 9001 - 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : AMRANI FOUAD

49, Avenue 2Mars, Résidences les roseaux, 1er étage Casablanca

Tél : 0522860207 Fax :

Casablanca

Édité le : 27/06/2023



Mr ALAOUI ADIB MHAMED

Date naissance: 01/01/1942

Code Patient : 12-08567

INPE Génelab : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 260623-088



Dossier créé le : 26/06/2023

Heure création: 14:12

Patient prélevé le : 27/06/2023

Heure Plvt : 10:13

Page : 1/2

INFORMATION PRELEVEMENT

Valeurs Usuelles

Antériorité

Prélèvement à domicile

INFORMATION PRELEVEMENT :

HEURE DE CONTACT : 26/06/2023 à 09h32

HEURE DU RDV : 27/06/2023 à

PRELEVEMENT RECU DE L'EXTERIEUR PAR NOS SOINS (laboratoire Génelab)

MARQUEURS TUMORAUX

Valeurs Usuelles

Antériorité

PSA Total : 1,150 ng/ml (Inférieur à 4)
(Access2 /Paramètre Accrédité)

| Age | |
|-------------|-------|
| < 40 ans | < 1.4 |
| 40 - 50 ans | < 2.0 |
| 50 - 60 ans | < 3.1 |
| 60 - 70 ans | < 4.1 |
| > 70 ans | < 4.4 |

1/ Lorsque les taux de PSA sont élevées entre 4 et 10 ng/ml

==> il faut noter, qu'en cas de manipulation prostatique ou d'une infection aiguë, il est souhaitable de pratiquer un nouveau dosage du PSA dans les 15 jours plus tard et voir même un jusqu'à deux mois.

==> Si le taux reste élevé, il pourra être discuté de l'utilité de réaliser des biopsies de la prostate.

Attention : Le Finastéride (Chibiproscar) utilisé dans le traitement de l'adénome de la prostate baisse le taux de PSA d'environ 50%

NB : Ces conduites à tenir doivent être validées par le médecin traitant, car, lui seul, est habilité à juger du degré de la gravité.

2/ Si les valeurs sont supérieures à ces taux, seul le médecin traitant peut décider de la conduite à tenir

NB: Des valeurs fortement élevées peuvent être observées en cas de prise de Biotine

Laboratoire Génelab
Oum Rabiaâ
Dr. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ - El Oulfa - Casablanca
Tél. : 0522 93 10 61 - 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.lbgénelab.com
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.lbgénelab.com

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

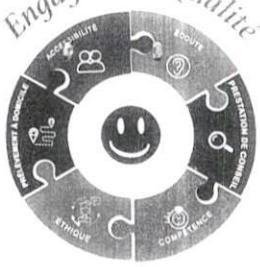
NB : (*) = paramètre accrédité

بيانات المختبر - الألقاب - (أقسام مقرر المطروق الملكي المغربية) . اقامة أشواب أم الربيع - عسادة سن - الدار البيضاء

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

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - Patente : 35051078 - T. : 05 22 93 10 61 - الساقية : 05 22 93 10 61 - الفاكس : 05 22 93 10 61 - GSM WhatsApp : 06 76 84 52 02

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.lbgénelab.com

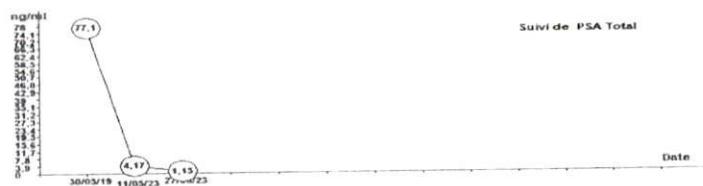


Mr ALAOUI ADIB MHAMED

Dossier N° :260623-088

Page : 2 / 2

MARQUEURS TUMORAUX



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

A:F/P:S
V:B/L:

Valeurs Usuelles

Antériorité

4,170 (11/05/23)
77,08 (30/05/19)

Biologiste assistant Dr Y Bellamine

LABORATOIRE GÉNÉLAB
Boum Rabiaa
BENAZZOUE
Rés. Abouahaboum Rabiaa EL Ouffa - CASA
Tél : 06 22 93 11 66 61 - Fax : 06 22 93 10 61
P.T : 36051078 - I.C.E : 001084109000068

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone :05 22 93 10 60/0522905937/ Fax :05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Ouïfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 28/06/2023

Facture N° 260623-088 du 27/06/2023

CNOPS

Dr : AMRANI FOUAD

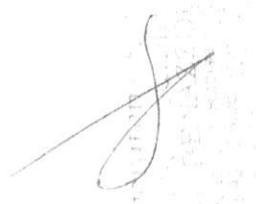
N°Bon de soin Mle

Patient :Mr ALAOUI ADIB MHAMED

| | Analyses | Valeur en B | Montant |
|------------------------|----------|-------------|---------------|
| Prélèvement à domicile | | 0 | 0,00 |
| PSA Total | | 300 | 330,00 |
| Total B | | 300 | 330,00 |
| APB | | 1,0 | 11,51 |
| Total | | | 341,51 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois cent quarante-et-un dirhams 51 centimes***



Professeur AMRANI FOUAD
Neurochirurgien

Adultes et Enfants

49, Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux, 1er étage
a Côte de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain) Casablanca
Tel 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Sur Rendez-vous

الدكتور العمرياني فؤاد

أستاذ أخصائي في أمراض وجراحة
الرأس، الدماغ، الأعصاب والعمود الفقري

الكبار والصغار

49, شارع 2 مارس الطابق الأول
(قرب ثانوية محمد الخامس و Snack pomme de pain الدار البيضاء)
الهاتف: 06 62 13 12 48 - 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64
بالموعد

Casablanca , Le

27/06/2023

الدار البيضاء في

Mr ALAOUI Adib Med

Veuillez faire SVP

DOSAGE PSA

Maladies et
Chirurgie
de la
colonne
vertebrale

Maladies et
Chirurgie
du crâne

Neurochirurgien
49, Avenue 2Mars, Résidence les Roseaux
Côte de lycée Mohamed V et Snack pomme de pain
Tel 05 22 26 58 01 - 05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

L'opérateur Général
Dr. BENAZZO UG
M. Ben Abdou
Rés. 05 22 93 10 50/61
+ AI 05 22 93 14 45/76
Patient: 05 22 93 10 50/61
+ AI 05 22 93 14 45/76