

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.

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 de mon époux ALTAI ABDELHAKIM
Déclaration de Maladie : N° S19-0051948

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1511 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : KOURANE Dalila Date de naissance :
Adresse : Résidence WIAN, Apt 2, ITN 4 - 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 : Casablanca Le : 18 / 10 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : Kourane

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

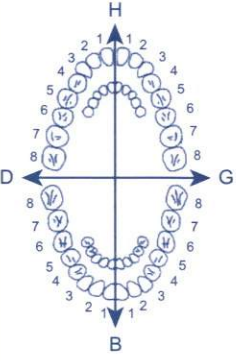
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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.

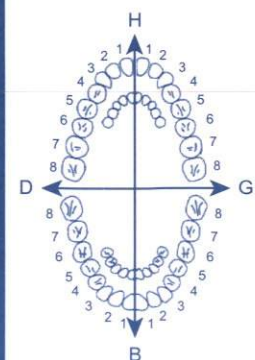
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | |
|---|----------------|------------------|-------------|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

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 | <input type="text"/> |
| MONTANTS DES SOINS | <input type="text"/> |
| DATE DU DEVIS | <input type="text"/> |
| DATE DE L'EXECUTION | <input type="text"/> |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
رجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ALAOUI AB B Mohamed

N° Affiliation : 362728

N° Immatriculation : 444873255

N° CIN : B98405

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ العنوان
Adresse : Résidence 4 - Aphel - OULFA

Montant des frais (Dhs) : 341,51 DH

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ALAOUI AB B Mohamed

Nom et prénom : ALAOUI AB B Mohamed

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091000019

Type de soins

Maladie * ☐ مرض ☐ Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

Maternité * ☐ أمومة ☐ Date de grossesse :

Hospitalisation * ☐ استشفاء ☐ Date prévue d'accouchement :

Accident * ☐ حادث ☐ Date d'hospitalisation :

Causes :

Aspects :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à :

le :

Signature de l'assuré (e)

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

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 22/06/17 | | D 3 | | 3901 | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| 28/06/18 | | 0930 | 1734 | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

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 facture | توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

| <p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p> | <p>الثمن المفوتر Prix facturé</p> | <p>توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p> |
|---|---------------------------------------|--|
| | | |
| | | |
| | | |



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 ALAOU 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 :

ALAQUI ADIB M'HAMED

Immatriculation :

44873255 / 500380851

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ALAQUI 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 التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab
"Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUEZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي أخصائي



Laboratoire accrédité par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMO.04 : 01
NMI ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : AMRANI FOUAD

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

Tél : 0522860207 Fax :

Casablanca

Edité le : 27/06/2023



Mr ALAOUI ADIB MHAMED

Date naissance: 01/01/1942

Code Patient : 12-08567

Dossier créé le : 26/06/2023

Patient prélevé le : 27/06/2023

INPEGENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 260623-088



Heure création: 14:12

Heure Plvt : 10:13

Page : 1/2

INFORMATION PRELEVEMENT

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)

Valeurs Usuelles

Antériorité

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 (Chibropscar) 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
M. BENAZZOUEZ
Pharmacien Biologiste
Rég. Amm. Oum Rabiaâ El Oulfa - Casa
N° 118 22 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68
Patente : 35051078
IF : 51485800

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

NB : (*) = paramètre accrédité - الدار البيضاء - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

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

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م - Patente : 35051078 - الهاتف : 05 22 93 10 61 / 0661 76 30 68

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.lbmgenelab.com



Mr ALAOUI ADIB MHAMED

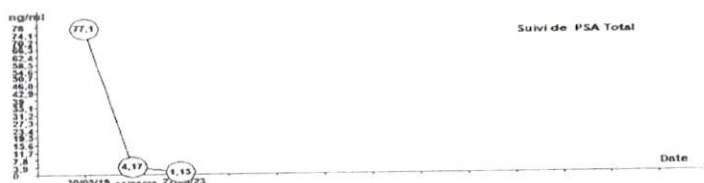
Dossier N° :260623-088

Page : 2/2

MARQUEURS TUMORAUX

Valeurs Usuelles

Antériorité



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

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

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

Biologiste assistant

Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GÉNÉLAB
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaa EL Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 35051078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire GèneLab
Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaa EL Oulfa - Casa
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
Patente : 35051078
ICE : 001084109000068 - INPE : 118718998
IF : 51485800

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

NB : (*) = paramètre accrédité

البيانات المعتمدة : (ج) = معيار معتمد

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

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م : Patente : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 61 - الهاتف : 05 22 93 10 60 / 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.lbmgenelab.com

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

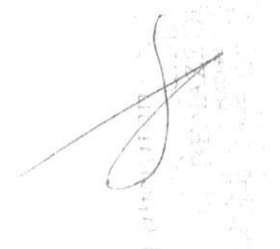
N°Bon de soin

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 2 Mars, Residence les Roseaux, 1er étage
à Côté 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 العمراني 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 : 05 22 27 11 64 - 05 22 26 58 01 - 06 62 13 12 48
بالموعد

Casablanca , Le 27/06/2023 في الدار البيضاء

Mr ALAOUI Adib Med

Veuillez faire SVP

DOSAGE PSA

Maladies et

Chirurgie

de la

colonne

vertébrale

AMRANI FOUAD
Neurochirurgien
49, 45 2 Mars Residence les Roseaux
1er étage Casablanca Tel : 05 22 26 58 01
05 22 27 11 64 - 06 62 13 12 48

Maladies et

Chirurgie

du crâne

Laboratoire Général
OUM EL KHALOU
M. BENAZZOUI
Mab. Abrakoum Rénové El Gharb 1021
Rue. Abrakoum 10 50/61 Casablanca
Tel : 05 22 95 16 50/61 - 05 22 95 16 50/61