

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 080284

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **188244** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **#05254** Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : **TADILI Sid el Hassan**
Date de naissance : **21 Février 1939**
Adresse : **Lotissement SPIT N°34**
GRANDAT/PLAGE
Tél. : **066140108** Total des frais engagés : **2356,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : **LAABI Toussia** Age : **78**

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 : **Rabat** Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- ☐ Réclamation : 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

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

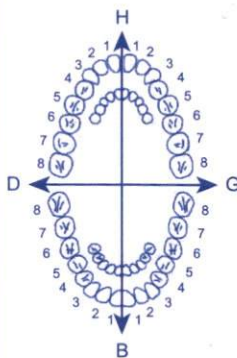
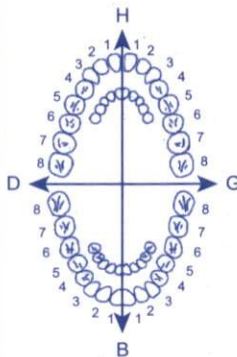
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canalaires, 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> (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"/>
				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

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

82688517

Date et heure : 30/08/2023 15:10

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 50670

Valeur en Dirhams :

1 356,80

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR472

Nom Etablissement :



Accusé de Réception



AMMO

معلومات

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

① Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

عدد الملفات	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	Bénéficiaire	المصاريف	كنوبس	التعاضدية	المجموع
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 930,00	1 671,50	25,00	1 696,50
1	-	05/12/2023	Virement	-	4 456,00	1 459,20	248,96	1 708,16
1	-	07/11/2023	Virement	-	677,80	277,80	0,00	277,80
1	-	01/11/2023	Virement	-	2 356,80	1 176,80	5,00	1 181,80
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
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70
1	-	03/05/2023	Virement	-	2 309,30	1 149,30	50,33	1 199,63
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 887,80	1 590,60	25,00	1 615,60
1	-	22/03/2023	Virement	-	600,00	168,00	24,00	192,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	1 905,60	1 651,40	40,20	1 691,60
2	-	21/01/2023	Virement	-	5 914,50	2 297,90	176,60	2 474,50

تحميل التطبيق على الهاتف : Télécharger

★★★★★

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

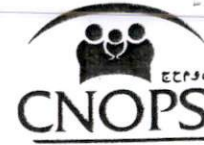
حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : LAABI Touria

N° Affiliation : 1111494 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 542 1491336 رقم التسجيل :

N° CIN : A 144 1385 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Adresse : Boite Postale 2106 - Hay Riad RABAT العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 8.356,80 - DH مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 07 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : LAABI Touria

Date de naissance : 21/08/1949 تاريخ الميلاد :

N° CIN : A 144 1385 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر ☒ Féminin ☒ أنثى الجنس :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 05110M8197 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins	نوع العلاجات	
Admissio ALD* :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
N° dossier ALD* :	قبول المرض المزمن :	
Code ALD :	رقم ملف المرض المزمن :	
Soin ambulatoires* <input type="checkbox"/> * علاجات خارجية	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	رقم المرض المزمن :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> * استشفاء	Date d'hospitalisation :	تم تقديم الظرف المغلق :
		تاريخ الاستشفاء :

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : RABAT حرر بـ : Le : 11/08/2023 في : توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : RABAT حرر بـ : Le : 11/08/2023 في : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p>
---	--

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
26/07/2023	U			3000	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/07/23	896.50	PHARMACIE EL GHARBI Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28
26/02/23	162.30	PHARMACIE SAFIYA Dr. Sanaa EL GHARBI Ep. KADIRI Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 28

INPE : 102051620

INPE :

INPE : 102051620

INPE :

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
26/07/2023	OCT			1000	

INP :

INP :

INP :

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 facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP :

INP :

INP :



مركز العيون الليزر ابن سينا
Centre de Vision Laser Ibn Sina

20/07/2022

Je soussigné DR EL BAKKALI MOUHCINE ophtalmologiste certifie que Mme Touria LAABI présente une maladie chronique (Glaucome) nécessitant une surveillance et un traitement de longue durée.

Certificat fait à la demande de l'intéressé (e) pour servir et valoir ce que de droit.





PT201014153537

26 juillet 2023

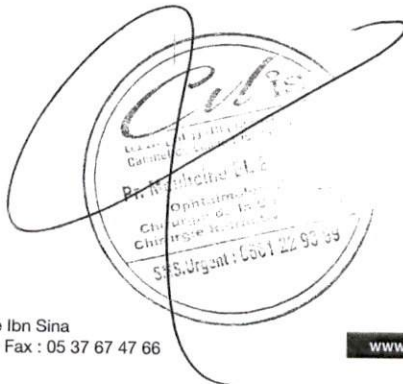
Mme LAABI Touria

OCT maculaire et du nerf optique

Gao ?

مركز العيون الليزر ابن سينا
Centre Vision Laser Ibn Sina
79 R4, Bellevue, Rue 16 Novembre
4ème étage - appt 7 - Agdal - Rabat
Tél: 05 37 67 37 37 Fax: 05 37 67 47 66

CvI's
Service 3



79, Résidence bellevue, angle rue 16 novembre et Avenue Ibn Sina
4ème étage - appt 7 - Agdal - Rabat • Tél : 05 37 67 37 37 • Fax : 05 37 67 47 66

www.centrevisionlaser.ma

CENTRE VISION LASER RABAT

FACTURE

Date : 26/07/2023

Numéro : 1 015



100061548

Nom patient : LAABI TOURIA

Médecin :

DR. EL BAKKALI MOUHCINE
OPHTALMOLOGUE

23G261706

PAYANT

	Montant
OCT	1 000,00

Total 1 000,00

Arrêtée la présente à la somme de :
MILLE DIRHAMS

CVL
service 3

مركز العيون الليزر ابن سينا
Centre Vision Laser Ibn Sina

79 Rta, Boulevard, Rue 16-Novembre
4ème Etage, apt: N° 7 Agdal-Rabat
Tél: 05 37 67 37 37 Fax : 05 37 67 47 67

26, Avenue Ibn Khaldoun-Rabat-Maroc / IF 14471365 / PATENTÉ 25741396
Tél : 05 37 67 66 66 Fax : 05 37 77 72 51 / CNSS 9622425/ ICE 001702042000071

CENTRE VISION LASER RABAT

RABAT

Reçu de caisse

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
23G261707	LAABI TOURIA	26/07/2023

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		300,00
	Total payé	300,00

Reçu établi par :SOUKAINA

Cv is
مركز العيون الليزر ابن سينا
Centre Vision Laser Ibn Sina
79 Rés. Bellevue, Rue 18 Novembre
4ème Etage, BP 7 Agdal-Rabat
Tél: 05 37 67 37 37 Fax : 05 37 67 47 66
service 3

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

Monoprost 50 microgrammes/ml
collyre en solution en récipient unidose
PPV : 178.90 DH



Distribué par les laboratoires SOTHEMA,
BP N°1, 27182 Bouskoura, Maroc

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

LARMABAK 0.9%
Collyre 10 ml - PPV : 54,10 DH



Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI



PT201014153537

26 juillet 2023

Mme LAABI Touria

148.00 a.s

MONOPROST unidose

une goutte une fois par jour et de préférence le soir,
dans les deux yeux

5ml. 10 x 3

LARMABAK collyre

1 goutte 3 fois par jour et à la demande ,
dans les deux yeux

Traitement pendant : 6 Mois

162.37
T: 894.50
PHARMACIE SAFIA
Dr. Ganaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
Tél.: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 95

