

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
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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

Reéducation :

- 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 une fois par an

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 - 5^{ème} Etage Angie Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horizon
Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-836713

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres ^ 90364

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN

Date de naissance : 25/06/1959 - CASABLANCA

Adresse : Résidence LAYMAINE "A" LISSASFA 1^{er} Etage
N° 4 HAY LAYMAINE CASABLANCA 20190

Tel : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 2790,51 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : COMPLEMENT

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : SOUGRATI ASMA Age : 60 ans

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Pathologie

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 12 JAN. 2024

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 : 07/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin 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

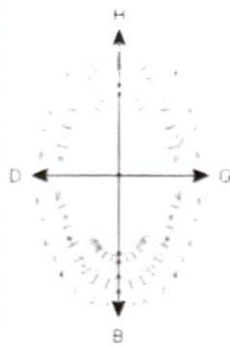
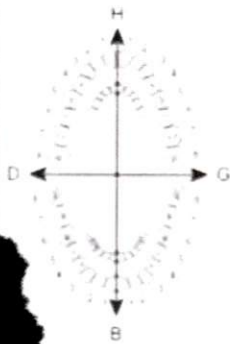
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prie 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	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX										
															
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
	<div style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr> <td>25533472 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr> <td>00000000 25533411</td> <td>00000000 21433553</td> </tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> </div>				H		25533472 00000000	21433552 00000000	D	G	00000000 25533411	00000000 21433553	B		
	H														
	25533472 00000000	21433552 00000000													
	D	G													
	00000000 25533411	00000000 21433553													
	B														
	[Creation, remont, adjonction] <small>Empoignes, Thermoforme, Invisalign à la profession</small>				Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX									

MONTANTS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

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 المشتددة وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماسدية 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 للمسطور 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 التماسدية

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
مرجع رقم 110201
Ref: ANAM

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Adresse : Hay Laymour, résidence Laymour A, appartement 4, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 2730,51

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : SOUGRATI ASMA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe :

Identification du médecin traitant

N° INP

Type de soins

Admission ALD :

N° dossier ALD :

Code ALD :

Soins ambulatoires

Hospitalisation

PLI confidentiel remis : Oui Non

Date d'hospitalisation : / /

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : Casablanca
le : 31/10/2023
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

أصرح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et fiables.
Fait à : Casablanca
le : 31/10/2023
توقيع الطبيب المعالج أو الموصي الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou du Prescripteur des soins
أشطب الخانة

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



Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Dossier N° : 271023-001

Page : 2/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

Valeurs Usuelles

Antériorité

HEMOGLOBINE GLYQUÉE :

5,50 %

(4 - 6)

(HPLC /D10 BIORAD/ Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

Ø Pour un Diabète de type 2 :

étraité par antidiabétiques oraux,

le taux d'HbA1c doit être < à 6,5% (ou 7% selon le type de traitement)

étraité par insuline,

le taux d'HbA1c doit être < à 7%.

èdu sujet très âgé,

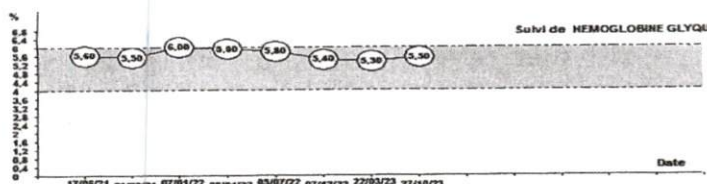
le taux d'HbA1c doit être < à 8%

Ø Pour un Diabète de type 1,

le taux d'HbA1c doit être compris entre 7 et 7,5%.

Attention, ces chiffres varient en fonction du type de diabète, du traitement, de l'âge et des complications

- Toute hémorragie ou hémolyse, entraînant un renouvellement accéléré des hématies, diminue fortement le taux d'HbA1C
- En cas d'insuffisance rénale, l'HbA1c est souvent surestimé



5,30 (22/03/23)
5,40 (07/12/22)
5,80 (05/07/22)
5,90 (08/04/22)
6,00 (07/01/22)
5,50 (21/09/21)
5,60 (17/06/21)

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

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

Biologiste assistant

Dr Y.Bellamine

LABORATOIRE GENE LAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - CASA
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 36061078 - I.C.E : 001084109000068

Laboratoire GENE LAB
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rés. Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casa
Tél : 05 22 93 10 60/61 - Fax : 05 22 93 10 61
P.T : 36061078 - I.C.E : 001084109000068

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

NB : (*) = paramètre accrédité

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - 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 - البتاتنا : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 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



مختبر التحليلات الطبية جينلاب "أم الربيع"
Laboratoire de biologie médicale Génelab

Dr. Mohamed BENAZZOUEZ
Pharmacien Biologiste

"Oum Rabiaâ"

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par

IMANOR

CERTIFICATION

N° 2017 CSMQ.04 : 01

NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : SO-DO

Tél : Fax :
Casablanca
Edité le : 27/10/2023



Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Date naissance: 24/11/1964

INPEGENELAB : 093001394

Code Patient : 310I5629

INPE Bio : 097163968

IF : 51485800

Réf : 271023-001



Dossier créé le : 27/10/2023

Heure création: 7:30:

Patient prélevé le : 27/10/2023

Heure Plvt : 7:31:

Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE

(Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

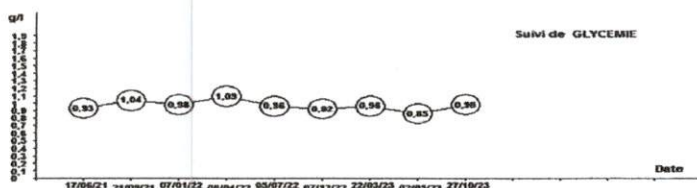
: 0,98 g/l
5,44 mmol/l

Valeurs Usuelles

Antériorité

Les valeurs normales chez :

- Une femme **Non enceinte** sont de 0.74 à 1.06 g/l soit 4.1 à 5.9 mmol/l
- Une femme **Enceinte** sont de ≤ 0.92 g/l soit 5.12 mmol/l



0,85 (02/05/23)
0,96 (22/03/23)
0,92 (07/12/22)
0,96 (05/07/22)
1,09 (08/04/22)
0,98 (07/01/22)
1,04 (21/09/21)
0,93 (17/06/21)

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

NB : (*) = paramètre accrédité

شارع أم الربيع - اللفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - 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 - البنانا : Fax. : 05 22 93 10 61 : الفاكس

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.Lbmgenealab.com

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 Oulfa (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 27/10/2023

Facture N° 271023-001 du 27/10/2023

CNOPS

Dr : SO-DO

N°Bon de soin

Mle

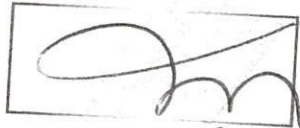
Patient :Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	33,00
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	110,00
Total B	130	143,00
APB	1,0	11,51
Total		154,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent cinquante-quatre dirhams 51 centimes***

Ech. Mohamed Benazzouz
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Rce. Abouab Oum Rabiaâ El Oulfa - Cas
d. 05 22 93 10 60/61 Fax: 05 22 93 10
Patente : 35051078
ICE: 001084109000068



BILAN BIOLOGIQUE

Le : 27/10/2023

Nom/Prénom : SOUGRATI AS
Age : Sexe : H ☐ F ☐

Hématologie

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Hémoculture + Antibiogramme

Bilan martial

- ☐ Fer sérique
- ☐ CTF
- ☐ Ferritine
- ☐ Transferrine

Hémostase

- ☐ Temps de prothrombine
- ☐ TCK
- ☐ Fibrinogène
- ☐ INR

Bilan glycémique

- ☒ Glycémie à jeun ☐ GPP
- ☐ HGPO 75 g
- ☒ Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Mg⁺⁺
- ☐ Bicarbonates (HCO₃⁻)
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine
- ☐ Acide urique

Examen des urines

- ☐ Protéinurie des 24h
- ☐ ECBU + Antibiogramme
- ☐ Microalbuminurie des 24h
- ☐ Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin

Autres :

Fonction hépatique et enzymologie

- ☐ Amylasémie
- ☐ Bilirubine libre et conjuguée
- ☐ Phosphatases Alcalines
- ☐ Lactate Déshydrogénase LDH
- ☐ Transaminases ASAT, ALAT
- ☐ Gamma-GT
- ☐ CPK (Créatine Phosphokinase)
- ☐ Troponine
- ☐ Electrophorèse des protéines EPP
- ☐ BNP

Sérologie et immunologie

- ☐ TPHA-VDRL
- ☐ Hépatite B
- ☐ Antigène Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbs
- ☐ Anticorps Anti-Hbc
- ☐ Anticorps Anti-Hbe
- ☐ Hépatite C
- ☐ Anticorps Anti-HVC
- ☐ Sérologie Toxoplasmose
- ☐ Sérologie Rubéole
- ☐ Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose)
- ☐ Anticorps anti-nucléaires
- ☐ Anticorps anti-DNA natif
- ☐ ASLO
- ☐ Dosage du complément
- ☐ Sérologie HIV

Bilan lipidique

- ☐ Cholestérol total
- ☐ Cholestérol HDL
- ☐ Cholestérol LDL
- ☐ Triglycérides

Groupage sanguin

- ☐ ABO
- ☐ Rhésus
- ☐ RAI

Bilan thyroïdien

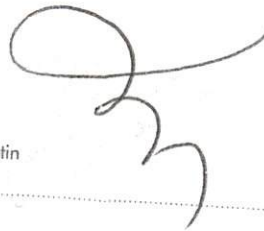
- ☐ T3L
- ☐ T4L
- ☐ TSH
- ☐ Ac Anti - TPO
- ☐ Ac Anti - TG
- ☐ TRAK

Ionogramme urinaire

- ☐ Ca⁺⁺
- ☐ Phosphore
- ☐ Na⁺
- ☐ K⁺
- ☐ Cl⁻
- ☐ Urée
- ☐ Créatinine

Exploration de la prostate

- ☐ PSA



Dr. Yasmine Driouich

*Spécialiste en Endocrinologie Diabétologie
Nutrition et Maladies Métaboliques
*Diplômée de la Faculté de Médecine et
de Pharmacie de Casablanca



الدكتورة ادريوش ياسمين

أخصائية في أمراض الغدة السكري
والغدد و أمراض البنية
تدريبه كلفت من قبل الجمعية
بالدار البيضاء

Casablanca, le 29/04/2023

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

Victoza®
6 mg/ml
Solution injectable
2 stylos pré-remplis 3 ml
PPV : 1193,00 DHS



8-9695-73-280-3

119300 x 2

1) victoza injectable 0,6 UI

1 inject° / j pdt
4 mois

2386.00



Route Sidi Al Khadir, Al Wifak 1, Rue 2, Immeuble 19, 2ème étage, N°5, Oulfa - Casablanca
☎ : 05 22 900 909 - Whatsapp : 06 60 78 88 97 - ✉ : driouich.yasmine@gmail.com

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)

formation

ENREGISTRE 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

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
2	-	02/01/2024	Virement	-	6 247,71	4 345,50	425,86	4 771,36
13844504	31/10/2023	Payé en : 63 jours		SOUGRATI ASMA	3 457,20	2 432,90	8,50	2 441,40
3874095	01/11/2023	Payé en : 62 jours		SOUGRATI ASMA	2 790,51	1 912,60	417,36	2 329,96



MME SOUGRATI ASMA
LOT IBN KHALDOUN 2 RES
LAIMOUNE 01 APPT 04
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier : 83874095 Date et heure : 01/11/2023 09:46
Nom et prénom Acquéreur : SOUGRATI ASMA
Immatriculation : 93606284 / 090127263
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : SOUGRATI ASMA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA 90171
Valeur en Dirhams : 2.790.51 Nombre de pièces : 5
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE489
Nom Etablissement :