

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

tique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére 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



Déclaration de Maladie

Nº M20- 0002118

69828

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907

Société : R.A.M (Royal Air Maroc)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Saad Moushiki

Date de naissance :

Adresse : Quartier Al Maiz, Rés Amban, 2 G.H 12, Immeuble F

Tél. : 0666 123 14 9

Total des frais engagés : 1155

Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :/...../.....



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.

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 المارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاافية التي تنتهي إليها في غرف 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاافية



Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :
Tarihi الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم



N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : S.A.N.A.A. E.L M A L Y A

385534

N° Affiliation :

438910774

N° Immatriculation :

BK358978

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : ...Quartier Almanz... Rés... Arm... 2... 12... Immeuble... F...
..... Apt... 3.2... Cex... Almanz...

مبلغ المصاري (درهم) : ١٦٥

عدد الوثائق المرفقة : ٢

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : E.L M A L Y A Souha

95071989

Date de naissance :

BK358978

N° CIN :

Sexe :

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

051112345

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 :

Fait à : le :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.

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

حرر بـ : le :

حرر بـ : le :

توقيع المؤمن له (لها)

في :

Signature de l'assuré (e)

Signature de l'assuré (e)

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

أشطب الخانة

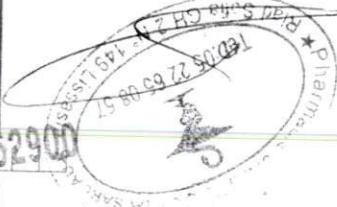
La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

وهي إحدى العمليات المحرّكة

CIM-10

جريدة الوصيفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المزمعة
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي وظيفي الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المفوت Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
	855,00	٢٥.١٠.٢٠٢٠
	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]
	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]
	INP : [REDACTED]	INP : [REDACTED]

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

[INP :]

Actes Paramédicaux

[NP : | | | | | |]

[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](#)[PAYE](#)[NON PAYÉ](#) **1**

❶ 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
- 4	-	05/03/2021	Virement	-	3 546,50	2 045,67	616,31	2 661,98
	66022870	09/02/2021	Payé en : 24 jours	EL MALYH SANAA	300,00	90,00	16,88	106,88
→	66022924	09/02/2021	Payé en : 24 jours	EL MALYH SANAA	1 155,00	619,10	243,90	863,00 ↗
	66036990	10/02/2021	Payé en : 23 jours	EL MALYH SANAA	1 941,50	1 272,57	339,53	1 612,10
	66037030	10/02/2021	Payé en : 23 jours	EL MALYH SANAA	150,00	64,00	16,00	80,00
■ 5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
■ 1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00

Docteur Omar SEFRIoui
Professeur Agrégé
Gynécologie Obstétrique

Ex enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
 Ex Responsable des Urgences Maternité Ibn Rochd
 Ancien attaché des hôpitaux de Paris (Hôp. A. Béclère)
 Ex. Formateur de l'université John Hopkins (Baltimore - USA)
 Diplômes européens d'hystéroskopie et de stérilité du couple

Chirurgie gynécologique et Cancérologie
 Chirurgie du sein - Coelioscopie - Hystéroskopie
 Colposcopie - Echographie 3D et doppler
 Diagnostic anténatal - Accouchement
 Traitement d'incontinence urinaire

Procréation médicalement assistée (FIV-ICSI)
ANFA FERTILITY CENTER
 (Clinique Certifiée ISO 9001 - 2008)

Lot: 81174
 Péri: 02/2024 00

Letrozole GT® 2,5 mg
 30 comprimés



6118000 420040

Casablanca, le

15/10/2020

A 13.00

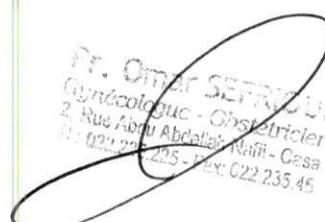
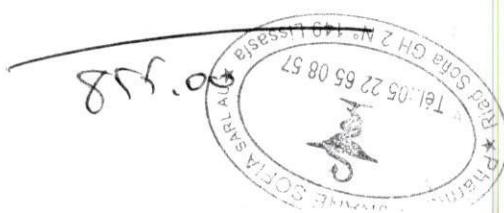
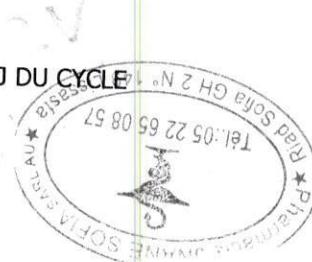
NOM & PRENOM : ELMALYH SANA

LETROZOLE 2.5MG

1CPX2/J DU 2E AU 6E J DU CYCLE

YOFOLVIT

1CP/J PDT 2MOIS



www.afc.ma

info@afc.ma

www.gynecobs.com

E-mail: o.Sefrioui@afc.ma

زنقة أبي عبد الله نافع (زاوية شارع ابراهيم الروانى ونقطة رواق المنعم) المعارف - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 235 451 - الفاكس: 05 22 235 225
 2, Rue Abou Abdellah Nafii (Angle Bd. Brahim Roudani) - Casablanca - Tél.: 05 22 235 225-06 93 03 34 92/96 - Fax : 05 22 23 54 5
 Site Web : www.gynecobs.com - E-mail : info@gynecobs.com - Site Web : www.afc.ma - E-mail : cabinetprsefrioui@gmail.com

NOTICE : INFORMATIONS DE L'UTILISATRICE

1. Dénomination du médicament :

Yofolvit*, 200 µg/400 µg/2 µg, comprimés.
 200 µg folic / 400 µg Acide folique / 2 µg vitamine B12

- Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant de prendre ce médicament.
- Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire.

Le comprimé doit être avalé entier avec un verre d'eau ou un autre liquide, au cours ou en dehors des repas.

mation et des lésions au niveau des vaisseaux sanguins de la peau).
 Périartérite fatale (maladie vasculaire au cours de laquelle les artères petites et moyennes présentent inflammation et des lésions).

Affections du système immunitaire :

(œdème (gonflement), y compris l'œdème facial et de la gorge).
 Troubles généraux :

Réactions d'hypersensibilité (allergies) et malaise général.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez tout effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

Sans objet.

Yofolvit®
 200/400/2µg
 (DE) ACIDE FOLIQUE / VITAMINE B12

11. Les effets indésirables peuvent concerner 1 à 10 patients sur 100.
 Si vous avez des symptômes ou des réactions indésirables, contactez votre pharmacien ou votre médecin.

12. Symptômes graves :
 Si vous avez des symptômes graves, contactez votre pharmacien ou votre médecin.

Si vous ressentez un des effets mentionnés et qu'il vous paraît grave, veuillez-en informer votre médecin.

Certains effets indésirables sont fréquents. Ces effets indésirables peuvent concerner 1 à 10 patients sur 100.

• Eruption cutanée • Maux de tête • Vertiges • Malaise (sensation générale de ne pas se sentir bien) • Troubles digestifs, tels que nausées, vomissements, indigestion, constipation, diarrhées • Augmentation ou perte de l'appétit • Douleurs musculaires • Amincissement des os ou fragilisation osseuse (ostéoporose) pouvant entraîner dans certains cas

LETROZOLE GT 2,5 mg, comprimé pelliculé en boîte de 30 et 60.

DCI : Letrozole

Veuillez lire attentivement de cette notice avant de prendre ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.
 Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la