

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 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

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-694890

469450

complément conjointe

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

9450

Société :

108038

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENCHIKH WAHIB

Date de naissance :

26.08.1955

Adresse :

Résidence IBNOU Kader Rue Sarsala

Tél. :

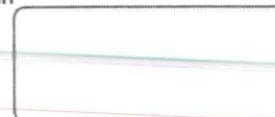
0661.18.11.87

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20 HRY Bouchra 56 ans

Nom et prénom du malade :

Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

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 :

Le : 16/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.).

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail).

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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.(Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4 , rue Al KHали, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

نحوه ملخص اجتماعي

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلي للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقتصر مهني الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية،

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تنتمون إليها خلال الشهرين الموالين ل التاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوسة بغير حق دون الأخذ بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين توسيع اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم المهنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في زنة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Signature de l'agent :

*du dossier : تاريخ الإيداع : تقييم وظائف التفاصيل

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

CNOPS Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): حفاظ على المؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي : رقم الانفصال :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

العنوان :

إجمالي المصروف (بالدرهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات اسم العائلي والشخصي :

Nom et prénom : تاريخ الإزدياد :

Date de naissance : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : الجنس *:

Sexe* : Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

نوع العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة و مؤسسات العلاج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

تم تقديم الظرف المغلق * : تاريخ الحمل :

Date de grossesse : التاريخ المرتقب للولادة :

Date prévue d'accouchement : تاريخ الاستشارة :

Date d'hospitalisation : تاريخ الحادث :

Date d'accident : أسباب الحادث :

Causes :

Fait à : حرر بـ : في :

Le : توقيع المؤمن (ة) أصرخ بصحة وصحة المعلومات المكتوبة أعلاه

Signature de l'assuré (e) Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصرخ بصحة وصحة المعلومات المكتوبة أعلاه

توقيع وظائف الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

CIM - 10

فرد الوصفات التي تم تقييدها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP :	
	INP :	
	INP :	

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

INP: | | | | | | | |

caux

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
				9	
INP : 					
INP : 					
INP : 					

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 24022022 Num décompte: 9MGE3480147 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6

28/02/22

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE SECTION M

Nat.s: A Mod.p: V PS Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 17022022 - 17022022 Arrivée: 23022022 Compos.: 72746214

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585 G.Rég: 02 Caisse: 06 Centre: 0000

Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

R409 400,00 1,00 200,00 80 90 160,00 20,00

ACNR 300,00 1,00 300,00

Part complémentaire réglée le : 24.02.22

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 2 160,00 20,00 180,00

Paie. et édit. dest. : 28022022 28022022

1.0.2.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 23/02/2022 11:00:46

MME ZOHRY BOUCHRA
N21 RUE HALAB

CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 72746214 Date et heure : 23/02/2022 10:59

Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation : 93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90139

Valeur en Dirhams : 700,00 Nombre de pièces : 1

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE160

Nom Etablissement :

Accusé de Réception





The logo for Vita C 1000, featuring the brand name in a bold, italicized font next to a circular emblem containing a stylized 'X' or checkmark.

A standard linear barcode representing the product code 6 118000 032069.

A black and white photograph of a prescription label. The label features the brand name "AZIX®" in large, bold, sans-serif capital letters at the top. Below it, in smaller text, is "Aztreonam". Underneath that, it says "3 Comprimés sécables". To the right of the text is a barcode. At the bottom of the label, there is a series of numbers: "118000-040941".

Fabriqué par :

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE Belgique. 6 118001 320103

Fabriqué par

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du F-arc Inv^o, striel,
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique. 6 118001320103

29.70 x 2

4. Arg 500 μ sec

11.62 195

24 Dalmatia (cont'd)

15,3002 15 x 85

37. Vit C deos g N^o 2

W9,60x7 15 x 25.

44. ~~144~~ 8 case AB N=2

303, 80: April 5

~~Dr LYOURI El Houssine
Médecin Généraliste
Hôpital Mouloudia Avenue 32
Bou El Misk Sidi Othmane
Casablanca - Tel: 9867 23 82 67~~

Madame BARTAL
Pharmacie FATIMA
Rue Socrate - Achrafia
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr. LYOUBI EL HOUSSINE
Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca
GSM : 067 93 82 62

الدكتور اليوبي الحسنين
الطب العام

بني المنصور، زنقة 5 رقم 82
بن مسيك، سيدى عثمان، الدار البيضاء
المحمول : 067 93 82 62

15.26.01.2022

N° 2044 Bouchra

PCR les coups.

Dr. LYOUBI EL HOUSSINE
Laboratoire d'Analyses Médicales
LARIMIC
462, Rue Mustapha El Maâni Casablanca
Tel.: 05 22 27 66 24 / 27 66 73

Dr LYOUBI EL Houssine
Médecine Générale
Hay El Mansour Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane
Casablanca - GSM: 067 93 82 62

Dr. LYOUBI EL HOUSSINE

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca
GSM : 067 93 82 62

الدكتور اليوبي الحسنين

الطب العام

حي المنصور، زنقة 5 رقم 82
بن مسيك سidi عثمان، الدار البيضاء
المحمول : 067 93 82 62

(Le 26.01.2022)

Dr. Zouhour Benhassen

NFS

D. Diarrhoe

CRP

Dr LYOUBI EL Houssine

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane
Casablanca - GSM : 067 93 82 62

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Résidence Masurel ,Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 –

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417
BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA
IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie–Biochimie–Hématologie

Mycologie - Parasitologie – Virologie

FACTURE N° : 220001947

CASABLANCA le 17-02-2022

Mme Bouchra ZOHRY

Demande N° 220202A037

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 02-02-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS 0370	Prélèvement sang CRP	E25 B100	E B	25.00 MAD 134.00 MAD
0216	Numération formule D-Dimères	B80 B200	B B	107.20 MAD 268.00 MAD
			Total	534.20 MAD

Total des B : 380

TOTAL DOSSIER : 534.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent trente-quatre dirhams vingt centimes



Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca

Tél: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 -Fax: 0522 25 85 08

Email : labo.socrate@menara.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 0808.55.2007 / GSM : 0666.11.77.09

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW(BCM)007780000180200000001626

Date : 26/01/2022.

Facture N: 20 / 1906

INPE : 093000180
IF : 41802740

Suite aux Analyses Effectuées Le 26/01/2022

Sous La Prescription Du Docteur LYOUBI

Pour ZOHRY BOUCHRA

Ayant La Référence : 22126110206

Organisme : Q356



093000180

Bilan :

~COVID

Cotation : B 299 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 400 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT DHS

Dr. El Harouchi Mohamed Sali
Laboratoire d'Analyses Médicales
Lyoubi - 462, Rue Casablanca
Téléphone : 0808.55.2007 / GSM : 0666.11.77.09

**PROFESSEUR OMAR SEFRIoui
SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE**

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE CASABLANCA
ANCIEN ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
EX FORMATEUR DE L'UNIVERSITE John HOPKINS
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET CANCEROLOGIQUE, MALADIES DU SEIN
COELIOSCOPIE, HYSTEROSCOPIE, COLPOSCOPIE NUMERISEE, ACCOUCHEMENT
DIAGNOSTIC ANTELINAL, ECHOGRAPHIE DOPPLER ET 3D
STERILITE DU COUPLE (FIV-ICSI)

Tel : 022 235 225 Fax : 022 235 451

Mme ZOHRY BOUCHRA



2BB7392

17/02/2022

Echographie gynécologique

Echographie:

*DDR :

* Taille de l'utérus :

longueur

largueur

épaisseur

* myomètre :

*muqueuse :

* Ovaire droit de

* Ovaire gauche de

- d'echostructure homogène

*Douglas :

Conclusion :

Endovaginale

48MM

28MM

30MM

Homogène

- homogène

NON VU

18MM

+

Libre

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE