

# 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

- 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



## Déclaration de Maladie

N° P19- 053070

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2915 Société : SP 138564  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : EL HAQUI QUI ABDERRAHIM  
 Date de naissance : 16/04/54  
 Adresse : Lot 16 EL KHEIR Lot 16 4<sup>ème</sup> étage AIN BORJA CASABLANCA  
 Tél. : 0624 0439 87 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age : 65

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 : 15/11/2022

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

# Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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](http://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 KHALIL, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلین على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتهون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بخرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.



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

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

N° du Tél (optionnel): ..... رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : JABIR ATIFA جابر عاتفة

N° Affiliation : 4428810 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 032291856 رقم التسجيل :

N° CIN : A10047114 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 3340,70 إجمالي المصاريف (بالدرهم) :

Nombre de pièces jointes : 8 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : JABIR ATIFA جابر عاتفة

Date de naissance : 26/08/1997 تاريخ الزدياد :

N° CIN : A10047114 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Identification du médecin traitant

معلومات الطبيب المعالج

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

990062777

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD\* : \* Admission ALD\* : oui non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD\* : ..... رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : ..... رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires\* : \* Soins ambulatoires\* : oui non تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation\* : \* Hospitalisation\* : ..... تاريخ الاستشفاء :

Fait à : ..... حرر ب : .....

Le : ..... في : .....

(e) Signature of the assured (e) أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

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

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع مباعا كليا بيع هذا المطبوع

## Description des actes effectués

## وصف العمليات المعجزة

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
25/08/22	CS			4000	

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممنوعة

## 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
25/08/22	132,70	
	INP: 092040823	
26-8-22	4 28,00	
	INP: 092040823	
	INP: 092040823	
	INP: 092040823	

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## عمليات الاحياء الاشعة 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
25/08/22	B377			380,00	

INP: 093062339

INP: 093062339

INP: 093062339

INP: 093062339

## 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: 093062339

INP: 093062339

INP: 093062339

**Adhérent : 090036897    Benef : 01    JABIR ATIFA**

Date.Déc.: 31082022 Num décompte : 9MGE2760065    Décomptes adhérents

P038TPV6    P038TDV6    10/11/22

09    MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR    CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

Nat.s: A Mod.p: V PS    Dest.r: 090036897 JABIR ATIFA

Soins.: 25082022 - 25082022 Arrivée: 30082022 Compos.: 75996072 Dss.: 05092022

Orig: SA09 Réf RO: N° 93291856    G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

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

CS    400,00    1,00    150,00    80    83    120,00    5,00

PH    560,70    1,00    123,30    70    86    86,31    19,73

TDM    2000,00    1,00    1000,00    80    90    800,00    100,00

B    370,00    360,00    1,10    80    100    296,00    74,00

S100    10,00    1,00    11,25    80    100    8,00    2,00

Part complémentaire réglée le : 03.09.22

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

**Nb.l.: 5    1310,31    200,73    1511,04**

Paie. et édit. dest. : 5092022 5092022

مصححة الدار البيضاء  
مصححة متعددة الاختصاصات



Clinique Casablanca  
Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le 25/05/2022

**ORDONNANCE**

Nom :

Prénom :

Jabir Atifa

33,90

1 - Profenid

98,80

2 - Neofortan

132,70

100

2x5

pl+5j

*[Signature]*

HANAN Youssef  
Chirurgien Urologue  
Andrologue

Angle Rue  
Française  
Tél: 05 22 92 28 28

Profenid® 50 mg  
24 Gélules



NEOFORTAN®  
10 comprimés effervescents 160 mg



NEOFORTAN® 160 mg

PPU 98DH80  
EXP 04/2025  
LOT 23022 5

CLINIQUE CASABLANCA  
CLINIQUE MULTIDISCIPLINAIRE  
Angle Rue Batinia et Rue 93 Quartier de la Famille  
CASABLANCA

## Reçu de caisse

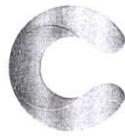
N° : 2208251201321200 / 1 / 0

Médecin : DR. GHANNAM YOUSSEF

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
220825115959HA-001	JABIR ATIFA	25/08/2022

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
Espèce		400,00
PAYANT	Total payé	400,00
		QUATRE CENTS DIRHAMS

Reçu établi par : AZIZ



Casablanca, le 25/08/2022

**ORDONNANCE**

Nom :

Prénom :

Jabin Atija

Age : 65

ATCD : HTA, diabète, coronaropathie

+ sinus péni bien traité

se présente pour une prise en charge

de la prostate - AHA minime S1

+ Kyste pelvien simple

→ Hb C - Ca

GHANNAM Youssef  
Chirurgien Urologue  
Andrologue

Dr. Hassan BENJELLOUN  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Soerale - Casablanca  
05 22 92 28 28

GRUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA  
SCANNER - IRM

CENTRE D'IMAGERIE MEDICALE

Dr. K.BELYAMANI

Dr. Z.TAZI CHAOUI

Dr. H.BENGELLOUN

CASABLANCA LE, 26/08/2022

Reçu N° 220826007

M ou Mme : **JABIR ATIFA**

Examen(s) demandé(s) :

**UROSCANNER**

Soit un montant total de : **2000.00** DHS

Arretée le présent reçu à la somme de :

**DEUX MILLES DIRHAMS**

Dr. H.BENGELLOUN  
Spécialiste d'Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate  
Tel: 022 39 07 07

4 Rue socrate, (Rond point Romandie) Casablanca Tel : 022 39 07 07  
Fax 022 39 03 03 Patente 35806746-I.F: 01031212- W.B :0460101149923

ICE:

001664840000009

# GROUPE RADIOLOGIQUE DE CASABLANCA

## SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADIOLOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREOTAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

## Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani  
Dr. H. Bengelloun  
Dr. Z. Tazi chaoui

Centre d'imagerie médicale  
EL MADAN  
4 rue 29 N°  
11200 Casablanca

Le 26/8/2022

Mme JABIR ATIFA



428,00

OMNI pague 350 mg/ml  
100 ml

16 ite

Dr. H. Bengelloun  
Spécialiste en Imagerie Médicale  
4, Rue Socrate - Casablanca

مصححة الدار البيضاء  
مصححة متعددة الاختصاصات



Clinique Casablanca  
Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le 25/05/2022

**ORDONNANCE**

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Jabir Atifa

LABORATOIRE LAVILLETTE

Mme JABIR Atifa

Né(e) le : 26-08-1957 F



2208250034

A coller sur l'ordonnance

ORDO

NFS + f

exam CRP

ECBU

GHANNAM Youssef  
Chirurgien Urologue  
Andrologue

RECETTES

**Dr Dallal JEDDI**  
Directeur Biologiste Médical  
Diplômé de l'Université de Médecine et Pharmacie de Rabat

Code INPE: 093062339

INPE : 093062339

Casablanca, le : 25/08/2022

**FACTURE N° : 220005548**

**Nom et Prénom : Mme Atifa JABIR**

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
	Créatinine	B30	B
	CRP	B100	B
	Antibiogramme	B60	B
	Examen cytobactério des urines	B90	B
	Numeration Formule Sanguine NFS	B80	B

**Total des B : 377**

Montant total de la facture : 380.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingts dirhams s.**

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès des organismes d'assurance).



**OMNIPAQUE™**



## NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

**OMNIPAQUE™**

**OMNIPAQUE 300 mg d'I/ml, solution injectable**

**OMNIPAQUE 350 mg d'I/ml, solution injectable**

**Veuillez lire attentivement cette notice avant d'utiliser ce médicament car elle contient des informations importantes pour vous.**

- Gardez cette notice. Vous pourriez avoir besoin de la relire.
- Si vous avez d'autres questions, demander plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.
- Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez pas à d'autres personnes. Il pourrait leur être nocif, même si les signes de leur maladie sont identiques aux vôtres.
- Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice , parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

1. Qu'est-ce que OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable et dans quels cas est-il utilisé ?

2. Quelles sont les informations à connaître avant d'utiliser OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable ?
3. Comment utiliser OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable ?
4. Quels sont les effets indésirables éventuels ?
5. Comment conserver OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable ?
6. Informations supplémentaires.

1. QU'EST-CE QUE OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable ET DANS QUELS CAS EST-IL UTILISÉ ?

OMNIPAQUE 300, 350 est un produit de contraste tri-iodé, hydrosoluble, non ionique, monomère, de basse osmolalité.

Ce médicament est uniquement à usage diagnostique.

Ce médicament est un produit de contraste radiologique iodé (propriétés opacifiantes).

Il vous a été prescrit en vue d'un examen radiologique.

## 2. QUELLES SONT LES A CONNAITRE AVANT C OMNIPAQUE 300, 350 I solution injectable ?

**N'utilisez jamais OMNIPAQL  
solution injectable :**

- si vous êtes allergique (hypersensibilité) à ce médicament, mentionné dans la rubrique 4).
- si vous avez déjà eu une réaction cutanée retardée après l'utilisation d'un médicament (voir la rubrique 4).
- si vous souffrez d'un excès de thyroïde (thyrotoxicose).
- pour la réalisation d'une hystérectomie (examen de l'utérus et des trompes).

## Avertissements et précautions

Adressez-vous à votre médecin  
infirmier/ère avant d'utiliser Or

Faites attention avec OMN 350 mg I/mL, solution injectable

Comme tous les produits de contraste iodés, l'iopromide peut provoquer des réactions indésirables, mais qui peuvent aller jusqu'à engendrer des réactions graves. Ces réactions peuvent survenir rarement, jusqu'à 7 jours après l'injection, et sont souvent imprévisibles, mais si vous avez déjà présenté une réaction indésirable lors d'une précédente administration de produit de contraste iodé (voir «Effets indésirables»). En prévenant le médecin radiologue de votre réaction, vous pouvez prévenir un effet indésirable lors d'une administration radiologique antérieure avec un produit de contraste iodé.

Signalez également toute autre  
souffrez afin que le médecin qu  
puisse prendre les précautions

Prévenez aussi votre médecin :

- Si vous avez déjà présenté une précédente injection de progestatif.
- Si vous souffrez d'une insuffisance du fonctionnement des reins; si vous avez un myélome.
- Si vous souffrez d'une insuffisance du fonctionnement du cœur; d'une maladie du cœur ou d'une autre maladie du cœur.
- Si vous souffrez à la fois d'une insuffisance du cœur (mauvais fonctionnement du cœur).
- Si vous êtes asthmatique et souffrez d'asthme dans les 8 jours précédents.
- Si vous souffrez de troubles de l'épilepsie ou accident vasculaire cérébral.
- Si vous souffrez de phéochromocytome (produit par le système nerveux provoquant une hypertension artérielle d'une myasthénie (maladie du système nerveux)).
- Si vous présentez une maladie du système nerveux avec des antécédents de maladie du système nerveux.
- Si vous êtes anxieux, nerveux, dans ces situations les effets peuvent être majorés.
- Si vous présentez une maladie du système nerveux (pancréatite aiguë).
- Si vous présentez une maladie du système nerveux (gammopathie monoclonale, maladie de Waldenström).
- Si vous présentez un antécédent d'infarctus du cerveau.
- Si vous présentez un œdème.