

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2915

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : EL HAQUI QUI ABDERRAHIM

Date de naissance :

16/04/54

Adresse :

Lot 5 EL KHEIR, lot 16 4^{eme} étage AIN AORJA

CASA BLANCA

Tél. 06 24 01 39 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) : El Haqui

Le : 15/04/2022



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 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

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

نقطة التبيح - اتبعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحاصلين 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، ولا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإلقاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلقاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (أزوروا موقع الصندوق للتعرف 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المفروضة بغير حق دون الأخذ بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريف 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 بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وارسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرابط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

1.1.01.01

مراجع رقم

75996072

رقم الهاتف (اختياري):

خاص بالعميل (أة)

الاسم العائلي والشخصي : جابر

442880

032291856

A104704

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresss :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : جابر

1610819577

A1047114

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

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

491617477

Type de soins

Admission ALD*:

oui non

N° dossier ALD*:

Code ALD:

Soins ambulatoires* علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* oui non

Hospitalisation* استشفاء * Date d'hospitalisation:

Fait à : حرر ب:

Le: في:

توقيع المؤمن (ة) اشهد بصفة

Signature de l'assuré (e) كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-avant.

Fait à : حرر ب: في:

Le: اصر بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصحية

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

صف العملات المدورة

CIM - 10

جزء الوصفات التي تم تضمينها والتحفظات الطبية المعروفة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاجياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين عمليات

تاریخ 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: 					

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.R.O.. ..Remb.R.C.. .Net.dest. ...Tiers...

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

Paie. et édit. dest. : 5092022 5092022

مصحة الدار البيضاء
مصحة متعددة الاختصاصات



Clinique Casablanca
Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le 25/10/2022

ORDONNANCE

Nom :

Prénom :

Jabri Atifa

33,90

5 - Prof

98,80

2 - Nour

132,70

CHAMMAM YOUSSEF
Chirurgien-dentiste

Profenid® 50 mg
24 Gélules

6 118000 061052

NEOFORTAN®
10 COMPRIMÉS
160 mg

6 118000 031691

NEOFORTAN® 160 mg
PPU 98DH80
EXP 04/2025
LOT 23022 5

Angle rue Batinia & rue 93, Quartier de la Famille française Derb Ghallef, Casablanca
05 22 92 28 28 06 61 67 78 14 05 22 23 81 55 contact@cliniquecasablanca.ma www.cliniquecasablanca.ma

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

Reçu de caisse

N°: 22082512013212001 / 1 / 0

Médecin : DR. GHANNAM YOUSSEF

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
220825115959HA-001	JABIR ATIEA	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

مصحة الدار البيضاء
مصحة متعددة الاختصاصات



Clinique Casablanca
Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le 25 Oct 2012

ORDONNANCE

Nom : _____ Prénom : _____

Jabir Atija

Age : 66 ans

ATD(D) + atenolol 200 mg/24h

+ simv pms 100 mg/24h

représente pour atténuer nystagmus

gyn au déb - ATD 100 mg/24h

+ kyste pulvénal sous

10 mg c/24h

CHANNAI YOUSSEF
Chirurgien Urologue
Andrologue

Dr Hassan AYOUBI
Spécialiste en Imagerie Médicale
Dr. HASSAN AYOUBI
Spécialiste en Radiologie
Dr. HASSAN AYOUBI
Spécialiste en Radiologie

Angle rue Batinia & rue 93. Quartier de la Famille française, Derb Ghallef, Casablanca

05 22 92 28 28 06 61 67 78 14 05 22 23 81 55 contact@cliniquecasablanca.ma www.cliniquecasablanca.ma

GROUPE 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



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

ICP

00166484000004

GROUPÉ RADILOGIQUE DE CASABLANCA

SCANNER - IRM

- ECHOGRAPHIE
- DOPPLER - DOPPLER ENERGIE
- RADILOGIE DENTAIRE



- SENOLOGIE
- STEREO TAXIE MAMMAIRE
- RADIODIAGNOSTIC

Centre d'imagerie médicale

Dr. K. Belyamani

Dr. H. Bengelloun

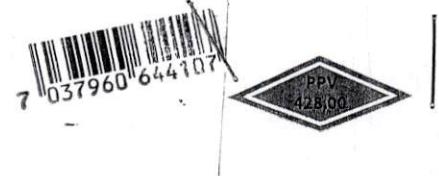
Dr. Z. Tazi chaoui

Centre d'imagerie médicale
GRC
Rue 29
El Madani
Casablanca
Maroc

Le 26/8/2022

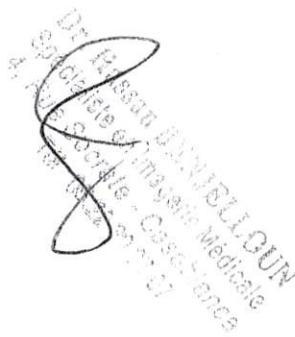
Mme TABIR ATIFA

428,00

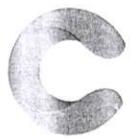


OMNI pagne 350 mg/ml
100 ml

Ab int



مصحة الدار البيضاء
مصحة متعددة الاختصاصات



Clinique Casablanca
Clinique Multidisciplinaire

Casablanca, le 25/06/2022

ORDONNANCE

Nom : _____
Prénom : _____

Jabir Atifa

LABORATOIRE LAVILLETTIE
Mme JABIR Atifa

Né(e) le : 26-08-1957 F



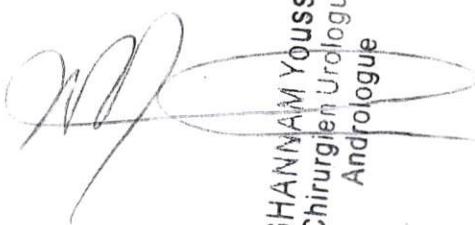
2208250034
A coller sur l'ordonnance



NSS-17

excl CRP

ECBU


GHANNAAM Youssef
Chirurgien Urologue
Andrologue

Angle rue Batinia & rue 93. Quartier de la Famille française Derb Ghallef. Casablanca
05 22 92 28 28 06 61 67 78 14 05 22 23 81 55 @ contact@cliniquecasablanca.ma @ www.cliniquecasablanca.ma



LABORATOIRE
LA VILLETTTE

LABORATOIRE LAVILLETTTE

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

423, Bd Ibn Tachfine 1^{er} étage La villette Casablanca
Tel: 0522 60 04 06 / 04 09 - Fax: 05 22 60 04 09 - email : lavillettelab@gmail.com
CNSS : 4445591 IF : 15167174 PATENTE : 31490706
ICE : 000526665000051

Dr Dallal JEDDI
Directeur Biogiste 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).

ANNEE 2022
LAVILLETTTE
LABORATOIRE
LA VILLETTTE



GE Healthcare

OMNIPAQUE™
 IOHEXOL


NOTICE : INFORMATION DE L'UTILISATEUR

Dénomination du médicament

OMNIPAQUE™
 IOHEXOL

OMNIPAQUE 300 mg d'I/ml, solution injectable
OMNIPAQUE 350 mg d'I/ml, solution injectable

Encadré

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.

Que contient cette notice ?

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 UTILISE ?

PRODUIT DE CONTRASTE IODE - code ATC : V08AB02 (V : divers)

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 D'OMNIPAQUE 300, 350 mg d'I/mL, solution injectable ?

N'utilisez jamais OMNIPAQUE solution injectable :

- si vous êtes allergique (hypersensible) ou à l'un des autres ingrédients de ce médicament, mentionnés.
- si vous avez déjà eu une réaction cutanée retardée après l'application de la crème 4).
- si vous souffrez d'un excès de thyrotoxicose).
- pour la réalisation d'une hystéronécrose (examen de l'utérus et des trompes de l'utérus et des trompes de l'ovaire).

Avertissements et précautions

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

Faites attention avec OMNIPAQUE 350 mg d'I/mL, solution injectable

Comme tous les produits de ce médicament, il existe une possibilité d'effet indésirable mais qui peut aller jusqu'à engendrer une réaction allergique. Ces réactions peuvent survenir rarement, jusqu'à 7 jours après l'injection, et sont souvent imprévisibles mais peuvent être graves. Si vous avez déjà présenté une réaction allergique à ce médicament (voir «Effets indésirables»). Enfin, pour prévenir le médecin radiologue de l'effet indésirable antérieur avec un antécédent de réaction allergique, signalez également toute autre réaction allergique que vous pourriez avoir au cours de l'injection afin que le médecin puisse prendre les précautions nécessaires.

Prévenez aussi votre médecin :

- Si vous avez déjà présenté une réaction allergique à ce médicament.
- Si vous souffrez d'une insuffisance cardiaque (fonctionnement des reins); si vous avez un myélome.
- Si vous souffrez d'une insuffisance rénale (fonctionnement du cœur); si vous avez une maladie cardiaque.
- Si vous souffrez à la fois d'ulcère (mauvais fonctionnement du cœur); si vous êtes asthmatique et d'asthme dans les 8 jours précédant l'injection.
- Si vous souffrez de troubles de l'épilepsie ou accident vasculaire cérébral (phéochromocytome) provoquant une hypertension artérielle et d'une myasthénie (maladie de Lambert-Eaton).
- Si vous présentez une maladie de la thyroïde avec des antécédents de maladie de la thyroïde.
- Si vous êtes anxieux, nerveux ou déprimés dans ces situations les effets peuvent être majorés.
- Si vous présentez une maladie de la thyroïde (pancréatite aiguë).
- Si vous présentez une maladie de la thyroïde (gammopathie monoclonale) ou une maladie de Waldenström).
- Si vous présentez un antécédent de maladie de la thyroïde intracrânienne.
- Si vous présentez un œdème de la thyroïde.