

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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° W21-806429

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

6272

RAM

A65060

Matricule

Société

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

BOUTIBA HASSAN

Date de naissance

25/06/1959 à CASABLANCA

Adresse

1645 CAYROUÉ Casablanca

Tél :

06 88 118623

Total des frais engagés

4156,51

DMX

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLÉMENT

Date de consultation

ME SOLICITAI ASRA

Age 59 ans

Nom et prénom du malade

023 CONJOINT

Lien de parenté

Lui-même

Enfant

Nature de la maladie

ACCUEIL

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

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

MUPRAS

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 : 13/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

B.N

6SM 06 49 82 65 23

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.

تَعْلِيمات يُجَب اتِّباعها

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 الممارسين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الثبوتية إلى التماضدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة الملاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء الملاج.

سيتم تعريض المبالغ المحسوبة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الإخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمسطرة القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وظابع التصاعدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

نَارِيَةُ الإِبْدَاعِ :



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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Ref ANAM 1.1.02.01
مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : SOUGRATI Asma

1 85 717

N° Affiliation : 932 606 284

J 198316

N° Immatriculation :

N° CIN :

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

Conjoint زوج Enfant enfant

Adresse : Hay haymour, résidence haymou A
appart 14 Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 4156,51

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Saoudi ASMA

Date de naissance :

24/11/1964

N° CIN :

J 198316

Sexe* :

M ذكر F امرأة

Identification du médecin traitant

N° INP

Oui Non

Type de soins

Admission ALD* :

Oui Non

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires*

Hospitalisation*

عالجات خارجية*

استشارة*

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Date d'hospitalisation :

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الفوف المغلق :

تاريخ الاستشارة :

أشهر بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Faitte sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-avant.

Fait à : Casablanca

le : 06 Mai 2023

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (ها)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 02/05/2023

توقيع وظابع الطبيب المعالج أو المؤمن له الصحيحة

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

Fondation Maladie 2 N° 19 Flageolet Casablanca

Chambre de Commerce et d'Industrie de Casablanca

BP 29000 Casablanca

Office de l'Assurance Sociale

BP 29000 Casablanca

Ministère de la Santé

BP 29000 Casablanca

- INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع ملء كل باب من هذا النموذج

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

توقيع و طابع طبيب الاشعة او الгинائي
Signature et Cachet du Radiologue او
Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

 Le secteur public pour la santé

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 ENREGISTRE 2 EN COURS DE TRAITEMENT 2 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	6 756,51	4 161,70	591,24	4 752,94
80769345	10/05/2023	SOUGRATI ASMA	4 156,51	2 891,70	0,00	2 891,70
81263611	05/06/2023	SOUGRATI ASMA	2 600,00	1 270,00	5,00	1 275,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger ★★★★☆

Dr.Yasmine Driouch

REF 07819382446

éologie
cine et



الدكتورة ادريوش ياسمين

* أخصائية في أمراض القدد والسكري
* والتغذية و أمراض الدايس
* خريجة كلية الطب والصيدلة
* بالدار البيضاء



4 015630 068272



(01) 04015630068272 UDI

3x 1193.00

1) Victoza injectable 96U/I

injet 1 jet 16ml

283.00

2) Bandelettes glycémie

3862.00

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



6 118001 121403

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



8-9995-73-280-3

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



8-9995-73-280-3

📍: 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 -✉: driouch.yasmine@gmail.com

pharmacie TILILA - Casablanca

Pharmacienne : Latifa El yousfi

0522938684 Fax :0522938715

Voie d'aménagement HH 47 Hay Laymoune , Casablanca



Facture N° 20230504-988

Date de vente : 04/05/2023

Médecin traitant :

Mme Asma SOUGRATI

Maroc

Produit	Qté.	P.U	TVA	Total
ACCU-CHEK INSTANT B50 BANDELETTES	1	283,00	TVA (20.00%)	283,00
VICTOZA IN 6MG/ML STYLO PRÉ-REMPLI INJECTABLE	3	1 193,00	Exonéré (0.00%)	3 579,00
Total HT				3 814,83 DHS
TVA				47,17 DHS
Total				3 862,00 DHS

Arrêté la présente facture à la somme de : trois mille huit cent soixante-deux DHS


Latifa El Yousfi
pharmacie TILILA - Casablanca
0522938684 Fax :0522938715

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 الغدد والسكري
والتغذية وأمراض الكييف
*خريجة كلية الطب والصيدلة
بالدار البيضاء

Casablanca, le 02/05/2023

Sanglot ASMA

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> GAJ | <input type="checkbox"/> PSA |
| <input type="checkbox"/> HbA1C | <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> HGPO75g | <input type="checkbox"/> T3 Libre |
| <input type="checkbox"/> Cholésterol total | <input type="checkbox"/> T4 Libre |
| <input type="checkbox"/> Cholésterol LDL | <input type="checkbox"/> Acs anti - TPO |
| <input type="checkbox"/> Cholésterol HDL | <input type="checkbox"/> Acs anti thyroglobuline |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Acs anti Récepteurs TSH |
| <input type="checkbox"/> Acide urique | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline Ultrasensible |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Cortisolémie de 8h |
| <input type="checkbox"/> Créatinine | <input type="checkbox"/> Cortisolémie de 16h |
| <input type="checkbox"/> Rapport Alb / Crétatiniturie | <input type="checkbox"/> Cortisolémie de midi |
| <input type="checkbox"/> ECBU | <input type="checkbox"/> CLU |
| <input type="checkbox"/> ASAT / ALAT | <input type="checkbox"/> Prolactine |
| <input type="checkbox"/> YGT/BC/BL | <input type="checkbox"/> Testostérone |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite B | <input type="checkbox"/> FSH <input type="checkbox"/> LH |
| <input type="checkbox"/> Sérologie Hépatite C | <input type="checkbox"/> 17-OH Progéstérone |
| <input type="checkbox"/> NFS +Pp | <input type="checkbox"/> Estradiol |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> Dérivés Méthoxylés Urinaires |
| <input type="checkbox"/> CRP | <input type="checkbox"/> Rapport Aldostérone Rénine |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Kaliémie |
| <input type="checkbox"/> Procalcitonine | <input type="checkbox"/> Acs anti-transglutaminase |
| <input type="checkbox"/> Vitamine D | |
| <input type="checkbox"/> Calcium | |
| <input type="checkbox"/> Phosphore | |
| <input type="checkbox"/> Albumine | |
| <input type="checkbox"/> Autres | |

DRIOUCH Yasmine
Endocrinologie Diabétologie
et Maladies Métaboliques
Z. Alifaq 1, Rue 2 N°19 Etage 2
Bureau N°5, Oulfa Casablanca
Tel 05 22 900 909

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

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_lab : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 02/05/2023

Facture N° 020523-011 du 02/05/2023

CNOPS

Dr : Cachet Non Lisible ou Absent

N°Bon de soin

Mle

Patient :Mme SOUGRATI ASMA EP BOUTIBA

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	33,00
Total B	30	33,00
APB	1,0	11,51
Total		44,51

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quarante-quatre dirhams 51 centimes***

Le docteur Genelab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Ras-Abouab Oum Rabiaâ
05 22 93 10 60/0522905937
0661763068/Watsapp 0676845202