

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 canaux, 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 canaux.

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 : 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° M21- 0055879

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : #0525# Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Conjoint

Nom & Prénom : TAJILI Sidi el Hassan

Date de naissance : 21 Février 1939

Adresse : Lotissement SPIT n°34

SKIKHAT-PLAGE

Tél. : 06 61 170108 Total des frais engagés : 1930, = Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : LAATZI Tamer Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Diabète

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 : Rabat Le : 28 DEC 2023

Signature de l'adhérent(e) :

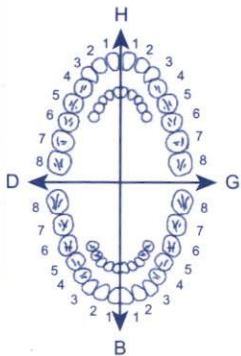
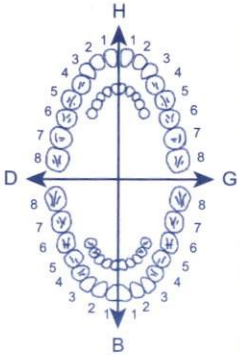
[illegible][illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

"Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

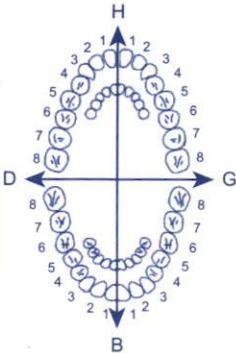
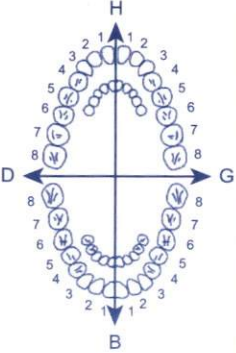
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
					MONTANTS DES SOINS							
					DEBUT D'EXECUTION							
					FIN D'EXECUTION							
ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">25533412</td> <td style="padding: 2px 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> </table> G D <table style="border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">00000000</td> <td style="padding: 2px 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px 5px;">35533411</td> <td style="padding: 2px 5px;">11433553</td> </tr> </table> B			25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS								
				DATE DU DEVIS								
			DATE DE L'EXECUTION									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 2553341221433552 0000000000000000 D 0000000000000000 3553341111433553 B G			COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction]			MONTANTS DES SOINS
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD

RABAT

RABAT RP

10000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

83366464

Date et heure : 06/10/2023 13:43

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50644

Valeur en Dirhams :

1 930,00

Nombre de pièces : 7

Code Etablissement :

Agent de réception : 5MTR612

Nom Etablissement :

معلومات

EN COURS DE TRAITEMENT 2

REJET 1

PAYE

❗ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

عدد الملفات	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	Bénéficiaire	المصاريف	كنوبس	النعاضية	المجموع
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 930,00	1 671,50	25,00	1 696,50
1	-	05/12/2023	Virement	-	4 456,00	1 459,20	248,96	1 708,16
1	-	07/11/2023	Virement	-	677,80	277,80	0,00	277,80
1	-	01/11/2023	Virement	-	2 356,80	1 176,80	5,00	1 181,80
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70
1	-	03/05/2023	Virement	-	2 309,30	1 149,30	50,33	1 199,63
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 887,80	1 590,60	25,00	1 615,60
1	-	22/03/2023	Virement	-	600,00	168,00	24,00	192,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	1 905,60	1 651,40	40,20	1 691,60
2	-	21/01/2023	Virement	-	5 914,50	2 297,90	176,60	2 474,50

تحميل التطبيق على الهاتف ▶ Télécharger

★★★★★

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد ولكل 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا 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 وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



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

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.02.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **LAABI Louisa**

رقم الانخراط : **11111111**

رقم التسجيل : **542114913136**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **111111113185**

علاقة القرابة : **ابن** ☐ **زوج** ☐ **Conjoint**
بين المستفيد والمؤمن له *

العنوان : **Boite Postale 8106 - Hay Riad - RABAT**

مبلغ المصاريف (درهم) : **1.930,00 DH**

عدد الوثائق المرفقة : **07**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات : **Bénéficiaire de soins**

الاسم العائلي والشخصي : **LAABI Louisa**

تاريخ الازدياد : **20/03/1945**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **11111111**

الجنس : **أنثى** ☒ **ذكر** ☐ **Masculin**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP

* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

نوع العلاجات : **Type de soins**

قبول المرض المزمن : **oui** ☐ **non** ☐

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

رقم المرض المزمن : **Code ALD***

تم تقديم الظرف المغلق : **Soin ambulatoires*** ☐ **علاجات خارجية *** ☐ **Pli confidentiel remis*** **oui** ☐ **non** ☐

تاريخ الاستشفاء : **Hospitalisation*** ☐ **استشفاء *** ☐ **Date d'hospitalisation :**

أشهاد بصفة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

حرر بـ : **RABAT**

في : **21/09/2023**

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر بـ : **21/09/2023**

في : **21/09/2023**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

INP:

عمليات المساعدين الطبيين

INP:

Rabat, le 20.09.23

LAABI EP TADILI TOURIA

- HbA1c

Professeur F. RKIOUAK
Endocrinologie Diabétologie
Nutrition

Laboratoire ZITOUN
6, Rue Al Koutb, 10080 Rabat
Tél: 37 67 16 67
Zitouni.j99@gmail.com

INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifien et Av. 16 Novembre)
Rabat 10 080 Maroc Tél: + 212(05) 37 67 16 67 / Mobile: +212(06) 61 22 12 30
E-mail : cabinet.rkiouak@gmail.com

Pr F. RKIOUA
Professeur d'Endocrin
Diabétologie - Nutri



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Maphar
Bd Aklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH



Maphar
Bd Aklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Humalog® MIX50 100U/ml, Kwikpen
Suspension Epinephrine
Bouteille de 100U de 3 ml
SOTHEMA
S.P. N° 27182 Bouskoura, Maroc
A.M.M. N° 34817 DMFQ/UMRG



Maphar
Bd Aklima N° 6, Ql.
Sidi Bernoussi, Casablanca
UVEDOSE 100 000 UI/2 ml
SOL BUV
P.P.V : 19,50 DH



4 015030 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا
RoGe Diabetes Care GmbH
Südhofer Strasse 116
6305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

PPC: 139,50 Dhs

4 Rue Ho
Rabat 10 080 N

12 12 30

Pr F. RKIOU

Professeur d'Endocrinologie
Diabétologie - Nutrition

Rabat, le 21 SEP 2023

LAABI EP TADILI TOURIA

111.00
x 12

1. HUMALOG MIX 50

14 UI le Matin à 8h

16 UI à Midi

14 UI le Soir à 20h

19.50
x 3

2. UVEDOSE

1 Ampoule Buvable / Mois

3. BDM 6 mm

1 Boite (100 Aiguilles)

139.50

4. BANDELETTES

3 Tests Glycémiques / Jour

TRAITEMENT DE 3 MOIS

T: 1530.00

Pharmacie SAFIYA
Dr. SAFIYA EL GHARBI
EP. KADIRI
Av. Annakhil, Hay Riyad - Rabat
Tél: 0637 71 34 45 - 0637 71 34 77



INPE : 101 102 - 002

4 Rue Honaine n° 7 Agdal (Angle Av. Michlifan et Av. 16 Novembre)
Rabat 10 080 Maroc Tél: + 212(05) 37 67 16 67 / Mobile : +212(06) 61 22 12 30
E-mail : cabinet.rkiouak@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ZITOUNI

Dr. JAMAL ZITOUNI

Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université Paris V

D.U. d'Antibiothérapie et d'Infections Nosocomiales

Ancien Interne, Assistant et Praticien des Hôpitaux de France

Membre de la Société Française de Biologie Clinique

Hématologie

Biochimie Hormonologie

Bactériologie Mycologie

Virologie

Parasitologie

Immunologie

Mme LAABI EP TADILI TOURIA

Dossier ouvert le : 20.09.23

Prélèvement effectué à 10:18.

Edition du : 20.09.23.

Réf. : 23119E

Page : 1

LIPOPROTEINE SANGUINE (Sur Automate Cobas Mira Roche)

Normales

Antériorités

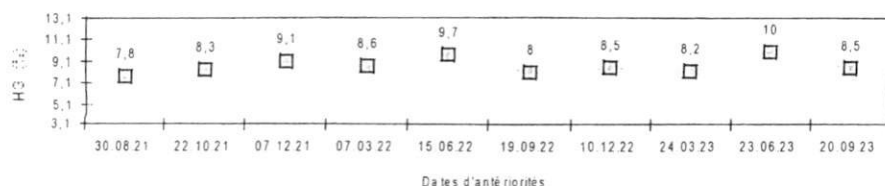
23.06.23

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1 c
(Technique HPLC BIO-RAD D-10)

: 8,5 %

4,4 - 6,4

Interprétation : 4,5 - 6 Normale
6 - 6,5 Bon équilibre si diabétique connu
7 - 8 Diabète déséquilibré
> 8 Diabète très déséquilibré



Signature

Centre d'Analyses Médicales Zitouni

Avenue Al Arz , 6 Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat - Tel/Fax :0537 71 19 91
CNSS:2664573 Pat:25561780 RC:62756 IF: 39436792 INPE:103002036 ICE:001783161000021
RIB : BP 181810 2121142804510006 64 Hay Ryad Rabat

20 sept. 23

Mme LAABI EP TADILI TOURIA

FACTURE N°		59262	
Analyses :			
Hémoglobine glyquée -----	B	100	Total : B 100
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Dirhams

Centre d'Analyses Médicales Zitouni
6, Rue Al Karm Hay Ryad - Rabat
Tel: 0537 71 19 91
Zitouni.j95@gmail.com