

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2479 Société : RAS
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : ROCHDI M'hamed
 Date de naissance : 14-6-1955
 Adresse : Résidence Walid 7, rue de Rome
 Tél. : 0621999896 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

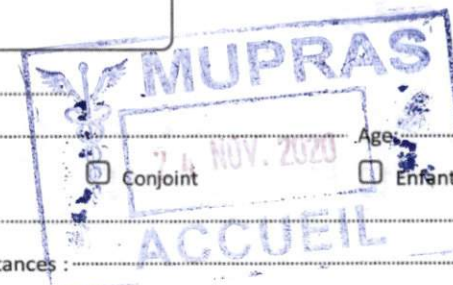
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : / /

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Dr. Semchaoui Amel

Psychiatre

Psychothérapeute

Diplômée de la Faculté de

Médecine de Bordeaux

Experte Assermentée auprès des tribunaux

Sur Rendez-vous

الدركتورة السمشاوي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية

و النفسية

خريجة كلية الطب ببارود

محللة لدى المحاكم

بالدور



732 10092



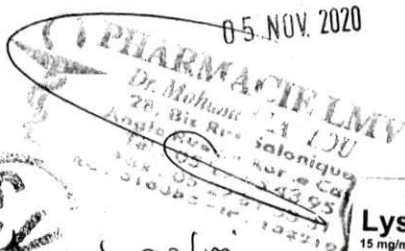
142,00

Moden 50

37(6) Lysanxia

نصف حبة 5

179,60



LOT	09 0
PER	02/3
PPV	63

42, Rue Tarablouss Mers-Sultan
Tél: 05 22 20 40 57 - 05 22 22 81 34

Amel Semchaoui

42، زنقة طرابلس (المورسيير) مرس السلطان - الدار البيضاء
42, Rue Tarablouss (ex. Lamoricière) Mers Sultan - Casablanca
الهاتف : 05 22 20 40 57 - 05 22 47 36 18
الفاكس : 05 22 22 81 34

L'obligation de remboursement prise
CNOPS est subordonnée au respect
conditions réglementaires et de ce qui p
L'obligation de remboursement prise
légal et réglementaires.
ne sont par dues, est passible des sa
déclaration pour obtenir des prestati
Toute personne coupable de fraude ou
maladies professionnelles ne sont pas
accidents du t
information.

chaoui Amel
Psychiatre
Psychothérapeute
Experte Assermentée auprès des tribunaux

الدكتورة السمشاي أمال

أخصائية في الأمراض العقلية والنفسانية
خريجة كلية الطب ببوردو
خبيرة محلقة لدى المحاكم

Casablanca, le 19 OCT 2020 البيضاء، في

Nom et Prénom : *BOUK JAMAL*

Examen du sang

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinémie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input checked="" type="checkbox"/> SGOT - SGPT - G.T. | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input type="checkbox"/> Troponine |
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

T3, T4, TSH

Examen des urines

- ☐ Recherche de l'Albumine
- ☐ Microalbuminurie de 24 heures
- ☐ Cyto. Bac. des urines
- ☐ Ionogramme Urinaire

Dr. Amel Chaoui
Psychiatre
Psychothérapeute
Experte Assermentée auprès des tribunaux

Référence : 201026036

Mme BASSIR Jamila

BIOCHIMIE SANGUINE

Acide Urique

(Dosage enzymatique - Roche)

69 mg/L

(25-60)

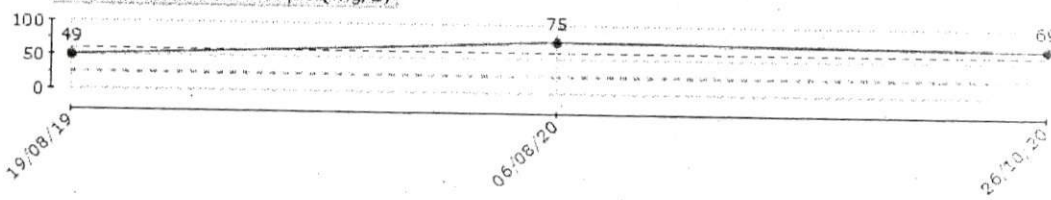
06-08-2020

0,41 mmol/L

(0,15-0,36)

75

• Antériorité : Acide Urique (mg/L)



Transaminases GPT (ALAT)

(Technique enzymatique à 37°, Roche)

16 UI/L

(10-40)

Transaminases GOT (ASAT)

(Technique enzymatique à 37°, Roche)

17 UI/L

(10-38)

Gamma G.T (GGT)

(Dosage enzymatique - Roche)

20 UI/L

(8-40)

BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible

(Technique ECLIA - Roche)

2,12 mUI/L

(0,27-4,20)

Tri-iodothyronine Libre (T3L)

(Technique ECLIA - Roche)

4,90 pmol/L

(3,10-6,80)

3,19 pg/mL

(2,02-4,43)

Thyroxine libre (T4L)

(Technique ECLIA - Roche)

15,28 pmol/L

(12,00-22,00)

11,93 pg/mL

(9,37-17,18)

Demande validée biologiquement par : Dr. J TOUZANI

[Signature]

LABORATOIRE TOUZANI

20 AOÛT

Ouvert 24/24h et 7/7j

Code Patient 190819033



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

Prélèvement du : 26-10-2020
au labo à 09:26
Demande N° : 201026036
Edition : 28-10-2020

Mme BASSIR Jamila

Prescripteur : Dr SEMCHAOUI AMEL

HEMATO-CYTOLOGIE

HEMOGRAMME (Automate : Sysmex XS-1000i)

"Les valeurs de référence sont automatiquement éditées en fonction de l'âge, du sexe et de l'état physiologique du patient(e)"

Hématies :

Hémoglobine :	4,63	M/mm3	(3,90-5,40)
Hématocrite :	13,8	g/dL	(12,0-15,6)
VGM :	40,5	%	(35,5-45,5)
TCMH :	87	fL	(80-99)
CCMH :	30	pg	(27-34)
	34,1	g/dL	(31,0-37,0)

Leucocytes :

Polynucléaires Neutrophiles :	5 030	/mm3	(3 900-10 200)
Soit:	46,5	%	
Lymphocytes :	2 339	/mm3	(2 000-7 500)
Soit:	44,7	%	
Monocytes :	2 248	/mm3	(>1 000)
Soit:	6,2	%	
Polynucléaires Eosinophiles :	312	/mm3	(100-1 100)
Soit:	2,0	%	
Polynucléaires Basophiles :	101	/mm3	(0-600)
Soit:	0,6	%	
Blastes :	30	/mm3	(0-100)
	0	%	

Plaquettes :

VPM :	229 000	/mm3	(150 000-370 000)
	9	fL	(7-11)

La Qualité est notre souci permanent

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 Août) CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01



LABORATOIRE
TOUZANI
20 AOÛT

Ouvert 24/24H et 7/7J



Dr Jaouad TOUZANI

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie
Biologie de la Reproduction
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

FACTURE N° : 201026036

Casablanca le 26-10-2020

CNOPS NATIONALE DE SECURITE SOCIALE :

Mme Jamila BASSIR

Date de l'examen : 26-10-2020

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	B17
0147	Transaminases P (TGP)	B50
0146	Transaminases O (TGO)	B50
0100	Acide urique	B30
0141	Gamma glutamyl transférase (GGT)	B50
0216	Numération formule	B80
0165	T3L	B300
0161	T4 libre	B200
0163	TSH	B250

Total des B : 1027

TOTAL DOSSIER : 1376.18 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille trois cent soixante-seize dirhams dix-huit centimes

[Signature]
Dr. Jaouad TOUZANI
Laboratoire Médical
20 Aout
Casablanca

La Qualité est notre souci permanent

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux (en face de l'hôpital 20 Aout) - CASABLANCA
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web : www.laboratoire-touzani.ma

وصف العمليات المجرأة

[illegible]

CIM - 10

جاء الوصفان اللذان تم تنفيذهما والتجهيزات الطبية المعقولة

Distribution des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

[illegible]

Actes Paramédicaux

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 : [][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][][][][][]					

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :

CNOPS

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

الجمعية المغربية للمرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BASSIR JAMILA

N° Affiliation : 11821166

N° Immatriculation : 932602196

N° CIN : B15847314

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

Adresse : ANGLE RUE DE ROME, RUE ALBERICAM, AL KATTABI, Régionale Walidi 7, Bnt 8 Casba

Montant des frais (Dhs) : 1855,78

Nombre de pièces jointes : 6

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BASSIR JAMILA

Date de naissance : 04-06-1962

N° CIN : B15847314

Sexe * : M ♂ ذكر F ♀ أنثى

N° INP : 391128116

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * : مرض * Pli confidentiel remis * : Oui Non

Maternité * : أمومة * Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Hospitalisation * : استشفاء * Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident * : حادث * Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

Causes : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca
le : 10/11/2020
في :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca
le : 10/11/2020
في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو الممثلين عن 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



MME JAMILA BASSIR
ANG R ROME R ABDESLAM
KHATB 7
CASABLANCA
20000 CASABLANCA CENTRE I

000064454703

Accusé de Réception

N° Réception : 64454703
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BASSIR JAMILA
Immatriculation : 93602296 / 090123522
Nom et Prénom Bénéficiaire : BASSIR JAMILA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 12/11/2020 11:47
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136
Valeur du dossier : 1855,78
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 9MGE072

Code Etablissement :
Etablissement :

(Aucun objet)

mhammed rochdi <mhrochdi1955@hotmail.com>

Mar 24/11/2020 10:37

À: mhammed rochdi <mhrochdi1955@hotmail.com>

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▼

<u>Information</u>	<u>ENREGISTRE</u> 2	EN COURS DE TRAITEMENT 2	<u>PAYE</u>		
Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	
2	-	-	3 562,16	2 099,24	
64454671	12/11/2020	BASSIR JAMILA	1 606,38	908,96	
64454703	12/11/2020	BASSIR JAMILA	1 955,78	1 190,28	