

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.

N° W21-809427

167457

Optique

A

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1260

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FITRI ABDELLAH

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfan

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 6/7/2023

Signature de l'adhérent(e) : 

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

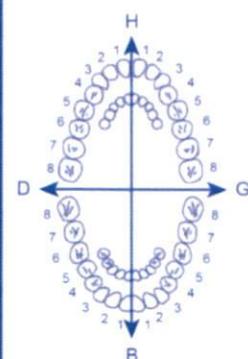
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

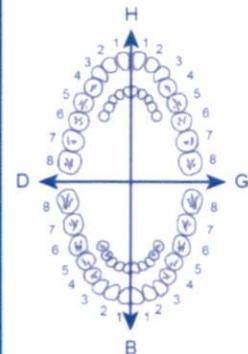
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS DENTAIRES



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

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'EXE

ORDONNANCE

Dr. BOUTALEB Bouchra
Médecin Chef
C/S Ouhoud - Casa Anfa
INPE: 091024125

bouz

Le :

12/06/20

M-EL FASSI EL FILI
AL-Naffah.

- 1 - Insomnies*
- 1 - NL-proBNP*
- 1 - CRP*
- 1 - BNP et NL-proBNP.*
- 

Dr. BOUTALEB Bouchra
Médecin Chef
C/S Ouhoud - Casa Anfa
INPE: 091024125

anca
dgmail.

LA

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 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.

Cachet et signature de la mutuelle

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

يجب ارفاق 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التغاضدية 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 يوماً) 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 غش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي و الشخصي

رقم الإخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان :
.....

.....

مبلغ مصاريف (درهم) :
.....

عدد الوثائق المرفقة :
.....

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي

تاريخ الإيداع :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس *:

M ذكر F أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP : 091024125

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 :
.....

أشهر بصفحة كل ما ذكر أعلاه.

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

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

le : 12/05/2023 في : 12/05/2023

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA حرر بـ :

le : 12/05/2023 في : 12/05/2023

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

Dr. BOUTAFI Chef مédical Casa Anna C/S Ouhoud - Casa Anna

* أنشط الخانة

INP : 091024125 يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

التأمين الاجتماعي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.02.01

مراجع رقم

يُحدِّد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] [] []	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

الطباطبائين المساعدات عمليات

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المغفور Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					

(/portailapps/www/index.php/assures/auth/Membre)

Assurance Maladie

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu ▾

Royaume du Maroc

CNOPS
La sécurité c'est bien pour le malin

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 REJET 1 PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	28/06/2023	Virement	-	3 136,70 731,87	1	342,23	2 074,10
3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00 745,92	2	611,48	3 357,40
80907585	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	300,00	200,00	50,00	250,00
80907634	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	1 160,00	762,96	190,74	953,70
80907700	17/05/2023	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	6 500,00 782,96	1	370,74	2 153,70
1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20 775,48	1	585,82	2 361,30
2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00 833,06	1	629,74	2 462,80
2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90 309,23	2	714,57	3 023,80

LABORATOIRE BIOLOG
D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA
REPRODUCTION



14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 – Fax: 05 22 90 12 22 – email : lab.biolog@gmail.com
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE
Directeur Biologiste Medical
Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat
Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier – France



Organisme : Casablanca, le : 12/05/2023

FACTURE N° : 230004570

Nom et Prénom : Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI

Récapitulatif des analyses

CV	Analyse	Val	Clefs
PS	Frais Prélèvement	B17	B
	CRP	B100	B
	Pro-BNP	B500	B
	Troponine T HS	B250	B
	Centro CRP Latex	0	

Total des B : 867

Montant total de la facture : 1160.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : **mille cent soixante 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 de votre assurance)



Date du prélèvement : 12/05/2023 à 09:14
Code patient : 170331-0029
Né(e) le : 27/02/1963 (60 ans)

Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI
Dossier N° : 230512-0033
Prescripteur : B BOUTALEB



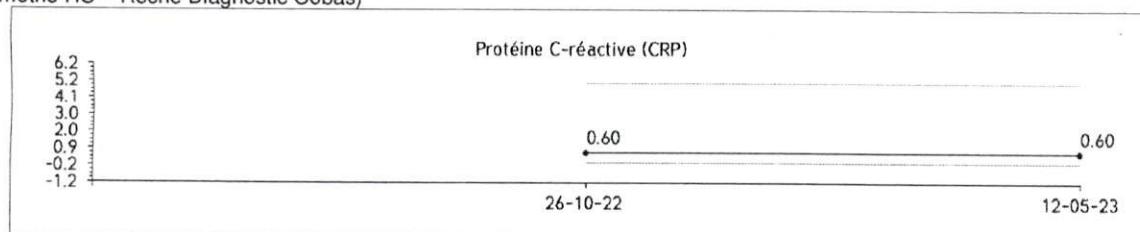
BIOCHIMIE SANGUINE

26/10/2022

Protéine C-réactive (CRP)

0.6 mg/l (<5,0)

06



MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I (High sensitive)

<1,5 ng/L ($<2,0$)
<0,002 ng/mL ($<0,002$)

NT-Pro BNP

NI-110 BNI (Technique ELEA Biomerieux Vidas)

162.0 pg/ml

(<300.0)

Les intervalles de références ci-dessus sont destinés aux patients en ambulatoire dans le cadre du dépistage de l'insuffisance cardiaque chronique.

Age du patient	< à 50 ans	Entre 50 et 75 ans	> à 75 ans
Absence d'insuffisance cardiaque (VPN < 98%)	< à 300 pg/mL	< à 300 pg/mL	< à 300 pg/mL
Zone douteuse	300 à 450 pg/mL	300 à 990 pg/mL	300 à 1800 pg/mL
Présence d'insuffisance cardiaque (VPP > 90%)	> à 450 pg/mL	> à 900 pg/mL	> à 1800 pg/mL

Validé par : **Dr Youssef ZIANE**

