

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

- 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.



Déclaration de Maladie

N° W21-809427

167467

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :


Nom & Prénom : BOUTALEB ALCHA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 1460

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FASSI EL FIHA ABDELLAH

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'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 : Casa Le : 6 / 7 / 2023

Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ 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 - RADIOGRAPHIES

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

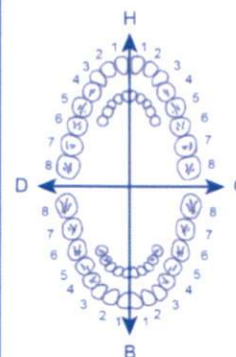
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

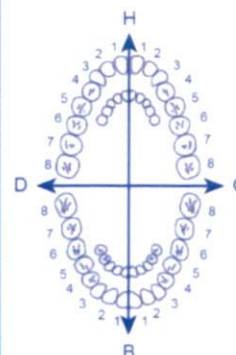
VOLET ADHERENT

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

SOINS DENTAIRE



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

(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

[Signature]

Le :

12/08/20

M - EL ASSAÏ EL Fih
AL ALBh.

- Troponin

- NT-proBNP

- CRP

- BNP et NT-proBNP



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



anfa
gmail.

LA

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية 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 التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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 و كل 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
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIRI ABDELAN

N° Affiliation : 213491

N° Immatriculation : 434310778

N° CIN : B487399

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : LUT LAIMOUNE A. VILLA N° 00

Li SSASSFA CASA BLAWA

Montant des frais (Dhs) : 1169.00

Nombre de pièces jointes : 03

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : EL FASSI EL FIRI ABDELAN

Date de naissance : 21/01/63

N° CIN : B487399

Sexe* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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 :

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

Fait à : CASA BLAWA

le : 12/05/2023

Signature de l'assuré (e)

Signature du médecin traitant


INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

سورة و الصور



ROYAUME DU MAROC
CNOPS
La solidarité c'est bien pour le monde

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	1 731,87	342,23	2 074,10
3	-	27/06/2023	Virement	-	7 960,00	2 745,92	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	1 782,96	370,74	2 153,70
1	-	04/04/2023	Virement	-	3 284,20	1 775,48	585,82	2 361,30
2	-	02/02/2023	Virement	-	3 010,00	1 833,06	629,74	2 462,80
2	-	31/12/2022	Virement	-	3 751,90	2 309,23	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
	Conuex 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)





Laboratoire
BIOLOG
SAAD EL KHAIR
d'Analyses Médicales

مختبر
بيولوج
سعد الخير
للتحاليل الطبية



Biochimie clinique
Bactériologie médicale
Hématologie clinique
Immunologie
Auto-immunité

Hormonologie - Oncologie
Parasitologie - Mycologie
Virologie médicale
Biologie de la reproduction
Biologie moléculaire - PCR

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 FHHRI
Dossier N° : 230512-0033
Prescripteur : B BOUTALEB



BIOCHIMIE SANGUINE

26/10/2022

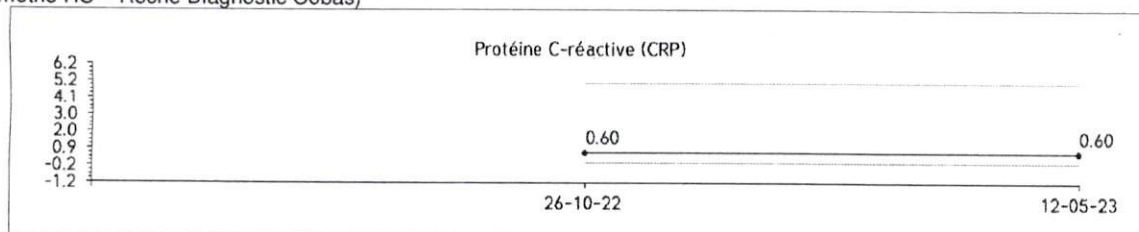
Protéine C-réactive (CRP)

0,6 mg/L

(<5,0)

0,6

(Turbidimétrie HS - Roche Diagnostic Cobas)



MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I (High sensitive)

<1,5 ng/L

(<2,0)

(Technique ELFA - Vidas Biomérieux)

<0,002 ng/mL

(<0,002)

NT-Pro BNP

162,0 pg/mL

(<300,0)

(Technique ELFA Biomérieux Vidas)

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



Youssef ZIANE
BIOLOG