

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.

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8098 Société : D.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : DESSAOUI FAYEZ A

Date de naissance : 11/12/1968

Adresse :

Tél. : 0144 00 98 21 Total des frais engagés : 1270,1 Dhs

Autorisation CNIDP N° A-A-215 /2019 Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC

Pathologie :

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 : 1/09/2020

Signature de l'adhérent(e) : M.

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

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 Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, 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
				MONTANTS DES SOINS
				Date du Devis
				Date de l'Execution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
	H	25533412	21433552	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION
	00000000	00000000		
	00000000	00000000		
	35533411	11433553		
B				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				



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

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

ACCORDE 1

💡 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
1	-	05/09/2023	Virement	-	506,10	261,26	48,09	309,35
3	-	03/08/2023	Virement	-	4 781,40	2 430,18	448,08	2 878,26
2	-	02/08/2023	Virement	-	2 052,30	1 307,77	273,78	1 581,55
81467158	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	781,80	531,91	106,01	637,92
81467203	14/06/2023	Payé en : 49 jours		YOUSFI HAMZA	1 270,50	775,86	167,77	943,63
1	-	12/06/2023	Virement	-	1 404,40	751,08	165,70	916,78
1	-	03/05/2023	Virement	-	4 000,00	1 200,00	150,00	1 350,00

065052 8118

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
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).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأسمتها بالوصفات المرسلة.
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 ya traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui suivent la fin du traitement.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تتبعون إليها في طرف 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.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	ستتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède	حق التغويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الإحتمالات الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
توقيع وطابع التعاوضية Cachet et signature de la mutuelle	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	التاريخ الإيداع :

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie		
N° Bordereau :	N° Dossier :	
خاص بالمؤمن له (لها)		
الإسم العائلي والشخصي :		
Nom et prénom :	YOUSFI MUSTAPHA	
N° Affiliation :	AB19916	
N° Immatriculation :	013114121326	
N° CIN :	PT439B31	
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له		
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)*	Joint <input checked="" type="checkbox"/> زوج <input type="checkbox"/> Enfant <input checked="" type="checkbox"/> ابن <input type="checkbox"/>	
Adresse :	العنوان	
Montant des frais :	مبلغ المصاري (درهم) : 1270 Dhs	
Nombre de pièces jointes :	عدد الوثائق المرفقة :	
تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات		
الإسم العائلي والشخصي :		
تاريخ الإزدياد		
رقم بطاقة التعرفة الوطنية		
الجنس :		
جنس مذكر <input type="checkbox"/> F إناث <input checked="" type="checkbox"/>		
تعريف الطبيب المعالج		
الرقم الوطني الاستدلالي للمؤمن		
نوع العلاجات :		
نوع المرض المقلق :		
Maladie *	<input type="checkbox"/> مرض *	Pli confidentiel remis: <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maternité *	<input type="checkbox"/> أمومة *	Date de grossesse : _____
Hospitalisation *	<input type="checkbox"/> استشفاء *	Date prévue d'accouchement : _____
Accident *	<input type="checkbox"/> حادث *	Date d'hospitalisation : _____
تاریخ الحادث :		
أسباب الحادث :		
أشهد بصححة كل ما ذكر أعلاه.		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant		
Fait à :	الجهة :	
le :	التاريخ :	
توقيع المؤمن له (لها)		
Signature de l'assuré (e)		
توقيع وطابع التعاوضية أو المؤسسة المعنية		
Signature et Cachet de l'agent de la mutuelle et de l'Establishement de soins		

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

أشطب العناية

CIM 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et / ou Fournisseur des dispositifs médicaux
٢٠٢٣/٦/٧	٢٢٥٦٥	صيادلية المسارع رخصة أمن مستقرة من المخراج 4035521781
INP :	١٦٤٨٩٦٦٦	
		INP : [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] []

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies dixième révision

INP:

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

Dr. Abdelhak BOUHARROU

Professeur de Pédiatrie

Ex. Chef de Service Néonatalogie

Réanimation Néonatale

Pneumo Allergologie - Diabétologie



دكتور عبد الحق بوهارو

أستاذ طب الأطفال

رئيس قسم انعاش المواليد سابقًا

طب الأطفال - الأمراض المدرسية

والحساسية .. داء السكري

Fès, le

7/6/83

فاس، في

Yusfi Hanya

43,8°C
1/ Play

49°C
49°C

190, سم
2/ Entégoration exp-

1 jour orale 10

20,9°C

3) Nefar

Booster dose



220,5°C
Dr. Abdelhak BOUHARROU

Professeur de Pédiatrie

Bd. Des Fr. Ré. Nour 3^{ème} Etage

N° 15 - Fès

Tel: 05 35 64 10 01

1 jour orale 10

شارع الجيش الملكي، إقامة النور KITEA
3^{ème} étage App. N° 15 - FES Tel : C : 05 35 64 10 01 - GSM : 06 61 06 23 28
رقم 15 الطابق الثالث - فاس

~~Saintof-Avantis Maroc~~

118001 082216
100,00 DH

LO1 :22E022
PER :08 2027

118000 0060062

CP PEL 820
ELAGYL 500 mg

118000 066062

CP PEL 820
-LAGYL 500 mg

PPV: 20.90 DH

 6 11800 127228
 MM No 177/16 DMP/21/NPR
 EDITION PHARMA

Dr. Abdelhak BOUHARROU

Professeur de Pédiatrie

Ex. Chef de Service Néonatalogie

Réanimation Néonatale

Pneumo Allergologie - Diabétologie



الدكتور عبد الحق بوهارو

أستاذ طب الأطفال

رئيس قسم إنعاش المواليد سابقًا

طب الأطفال - الأمراض الصدرية

والحساسية - داء السكري

Fès, le

07 JUIN 2023

فاس، في

Hamza Yousfi



١١

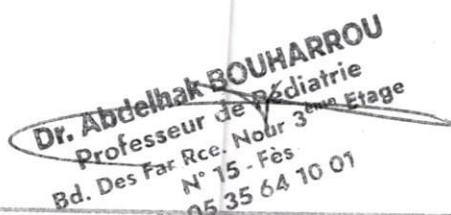
age 0,8 D

— N.

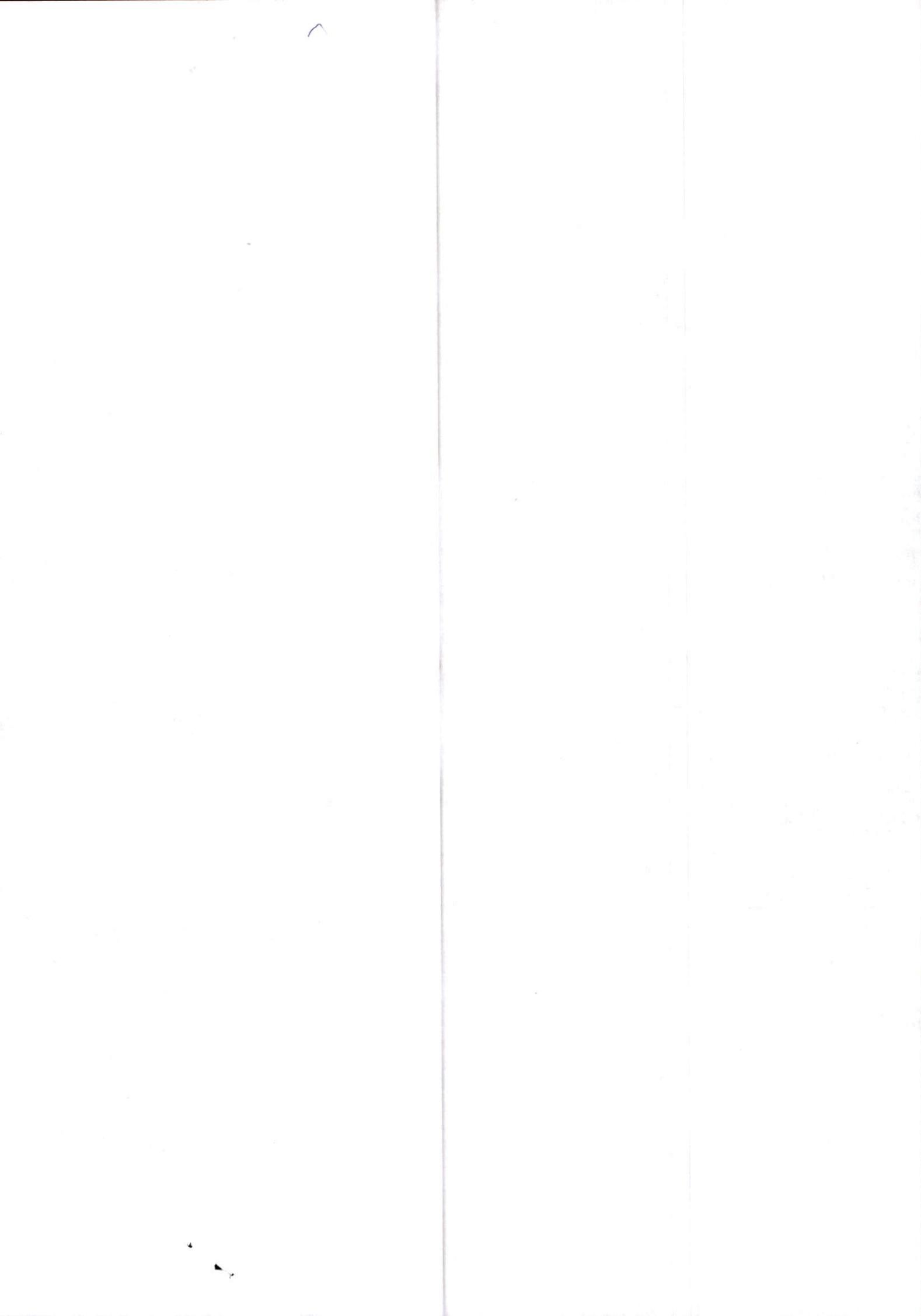
١/ Parasito des fèces

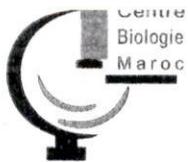
3 jours

٢/ Lates uraenose



شارع الجيش الملكي، إقامة النور à coté KITEA
3ème étage Appt. N° 15 - FES Tél : C : 05 35 64 10 01 - GSM : 06 61 06 23 28
رقم 15 الطابق الثالث - فاس





Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Biologiste

مركز التحاليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Laboratoire des Analyses Médicales

مختبر حاصل على شهادة الجودة AFNOR ISO 9001 v 2015



N° 2021/03-307 . 1

FACTURE N°: 2306070232

FES : 07-06-2023

Enf. YOUSFI HAMZA

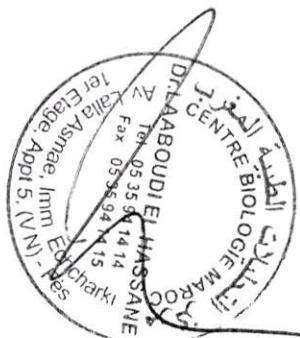
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
FRAIS	FRAIS	E0	E
	FACTEUR RHUMATOÏDE	B100	B
	Parasitologie des selles	B50	B
	Vitesse de Sédimentation	B30	B
	KOP2	B40	B
	KOP3	B40	B
	Vitamine D 25-OH (D2+D3)	B450	B

Total des B : 710

Montant total: 750.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent cinquante dirhams



CNSS: 7485453 - Patente: 13100685 - I.F: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1^{er} Etage, Appt 5, (VN) - Fès

Tél : 05 35 94 14 14 . Fax : 05 35 94 14 15 . Biologiste : 06 61 42 70 60
E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences : 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68
Prélèvement à domicile 24/24