

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.



Déclaration de Maladie

M23-0018744

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]
Matricole : 13059

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés : 304,5 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Béhnini Mohammed Age: 11 ans

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 :

Signature de l'adhérent [e] :

Le : 28/03/2024

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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 canalaires, 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			

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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.

Cachet et signature de la mutuelle

تغليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 التغليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة الملحوظات و الوثائق الإثباتية إلى التماهديّة التي تتقدّم 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 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 تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Partie réservée à l'assuré(e)

BENHNINI Fouad

36446
931323563

D553285

N° CIN :

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

Conjoint ○ زوج Enfant ○ ابنا

Adresse : Résidence les champs L Imm F

App 2, N° 22, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 30400

Nombre de pièces jointes : 5

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

BENHNINI MOHAMMED

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ♂ ذكر F ♀ أنثى

Identification du médecin traitant

N° INP

08116 5936

Type de soins

Maladie *

مرض *

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

أنتشفاء *

Accident *

حادث *

Pli confidentiel remis :

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Date de grossesse :

RHUMATOLOGIST DOCTEUR BOUTAHAR

Date prévue d'accouchement :

Matraoui 02 42 34 50 66 02 21 50 50

Date d'accouchement :

Matraoui 02 42 34 50 66 02 21 50 50

Date d'hospitalisation :

Matraoui 02 42 34 50 66 02 21 50 50

Date d'accident :

Matraoui 02 42 34 50 66 02 21 50 50

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Je déclare

les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

le :

Signature de l'assuré(e)

BENHNINI FOUDAD

17/01/2024

Signature de l'assuré(e)

BENHNINI FOUDAD

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

description des actes effectués

صف الاعمال المحاولة

بحد ذاتها و التجهيزات الطبية المعمدة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المتأخر Date d'exécution	الثمن المطلوب Prix facturé	توقيع و خاتم الصيدلي او موظف التجهيزات الطبية Signature et Cache des Pharmaciens et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
05/01/24	64,50	
	INP : 09201060	
	INP : 11111111	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدات الطبيعية

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

Maladies des os , articulations
et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle



الدكتورة بثينة العزيزي

إختصاصية في :
- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

05/01/2024

Casablanca le :

Enf BENHNINI MOHAMED

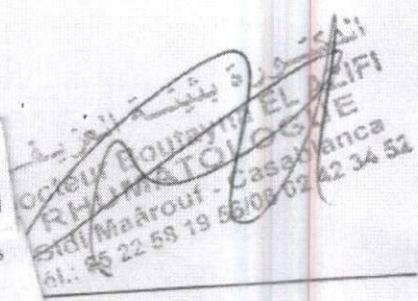
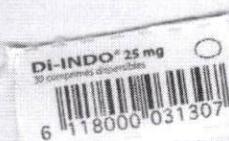
Nom :

64,10 DI-INDO COMPRIME DISPERSIBLE 25 MG BOITE DE 30

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le midi, 1 Comprimé le soir après
le repas pendant 7 jours

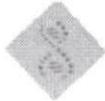
CETAMYL 500MG

1 Comprimé le matin, 1 Comprimé le soir après le repas pendant 7
jours puis en cas de douleur



Di-INDO® 25 mg
PPU 640H50
30 comprimés dispersibles
EXP 07/2025
LOT 200472
نوع ١٩٩٣ - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

إقامة نعيم، شارع
العنبر 4، aptt 6, Sidi Maarouf
Casablanca
tel. 25 22 58 19 5608 02 42 34 51



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية
LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Casablanca le, 06-01-2024

FACTURE N° 000307413

Nom, Prénom du patient : Enfm MOHAMED BENHNINI
Date de l'examen : 06-01-2024
Type d'examen : Examen biologique
Demande N° : 2401060083
Médecin demandeur : Dr BOUTAYNA EL AZIFI

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	0	
0154	Ferritine	B250	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B
0266	Antistreptolysine (Recherche, tirage)	B80	B
0370	CRP	B100	B

Total des BHN : 540

Montant total en chiffre : 540DHS.

Montant Total en lettres : cinq cent quarante dirham.

Opération bénéficiant de l'exonération à la TVA sans bénéfice du droit déduction
conformément à l'article 91-VI-1° du Code Général des Impôts.

TR: 0522 42 39 70 Fax: 0522 26 22 09
 Angle Bd Abdelloumen et Rue Arrachati Casablanca
 A PROPOS DU DOCUMENT : Ce document est émis par le laboratoire LIAB International Biomédicales à Casablanca, Maroc.
 LIAB INTERNATIONAL BIOMÉDICALES
 LIAB INTERNATIONAL BIOMÉDICALES
 LIAB INTERNATIONAL BIOMÉDICALES
 LIAB INTERNATIONAL BIOMÉDICALES
 LIAB INTERNATIONAL BIOMÉDICALES

Angle Boulevard abdelmoumen et Rue Arrachati, Casablanca – Maroc; Tel : +212(0)5 22 42 39 60/55; Fax : +212(0)5 22 26 22 09 E-mail : contact@liab.ma -site Web : www.liab.co.ma
 IF : 50367069 ; CNSS : 2783061 ; Patente : 36341724 ; N°ICE : 002863495000067 ; INPE Biogiste : 097167290 ;
 INPE laboratoire : 093060846

Docteur Boutayna EL AZIFI

RHUMATOLOGUE

**Maladies des os , articulations
et colonne vertébrale
Echographie ostéo-articulaire
Rhumatologie interventionnelle**



الدكتورة بثينة العزيзи

إختصاصية في :

- أمراض المفاصل و العظام و الروماتيزم
- العمود الفقري و هشاشة العظام
- الفحص بالصدى

Casablanca le :

05/01/2024

Nom : Enf BENHNINI MOHAMED

NFS

VS

CRP

ASLO

FERRITINEMIE

Enf BENHNINI MOHAMED
13-09-2012



La Dr Boutayna EL AZIFI
Laboratoire Biomedicales
Anglet Bd Abdellatif Ben Achour et Rue Marrakech
Tél. 0527 22 26 00 - 0527 22 26 09

Dr Boutayna EL AZIFI
RHUMATOLOGUE
Sidi Maarouf - Casablanca
Tél. 05 22 58 19 56 - 06 46 01 77 93 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com

إقامة نعيم، شارع أبو بكر القادي، عمارة 4 شقة 6، سيدى معروف
Résidences NAIM, Bd Abou Bakr El Kadiri, Immeuble 4, apt 6, Sidi Maarouf
Tél. : 05 22 58 19 56 - 06 46 01 77 93 - E-mail : boutayna.azifi@gmail.com



Ce plug-in n'est pas pris en charge.

Accueil > Application > assuré app

 (/portailapps/www/index.php/assures/auth/Morbitation) Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

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 2	PAYE						
❶ 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	-	27/03/2024	Virement	-	904,50	568,80	116,84	685,64
1	-	04/03/2024	Virement	-	1 731,90	555,53	59,93	615,46
1	-	31/10/2023	Virement	-	3 500,00	1	5,00	1
2	-	30/08/2023	Virement	-	2 180,60	935,86	113,57	1 049,43

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

★★★★★

Spécialement : RHUMA FOLOGUE.
Adresse :
Correspondant :
Edition du : 08-01-2024 à 11:29

Né(e) le : 13-09-2012
Prélevé : interne le 06-01-2024
à 12:40

Analyses	Résultats	Intervalles de référence	Antériorités
HEMATOCYTOLOGIE			

HEMOGRAMME

(Sang total EDTA, DxH 600/dxH900, Beckman Coulter)

Numération globulaire (impédance et absorbance)

		Histogramme GR (%)	Intervalles de références
Hématies : 10 ⁹	4.74	10 ⁹ /μL	(4 00-5 40)
Hémoglobine : g/dL	13.0		(11.5-14.5)
Hématocrite : %	37.5	%	(36.0-44.0)
VGM : fL	79.1	fL	(77.0-91.0)
TCMH : pg	27.4	pg	-
CCMH : g/dL	34.6	g/dL	(28.0-36.0)
RDW : %	14.3	%	(0.0-14.0)

Formule leucocytaire (Cytométrie en flux)

		Histogramme GB (%)	Intervalles de références
Leucocytes : 10 ⁹	6.6	10 ⁹ /μL	(3.0-15.0)
Neutrophiles : %	52.09	%	(40.00-73.00)
Soit	3.434	10 ⁹ /μL	(1.800-8 000)
Lymphocytes : %	29.90	%	(25.00-40.00)
Soit	1.971	10 ⁹ /μL	(1 500-6 500)
Monocytes : %	10.01	%	(4.00-10.00)
Soit	0.660	10 ⁹ /μL	(0.000-0.800)
Eosinophiles : %	7.09	%	(0.80-6.00)
Soit	0.467	10 ⁹ /μL	(0.000-0.600)
Basophiles : %	0.91	%	(0.30-1.80)
Soit	0.060	10 ⁹ /μL	(0.000-0.200)

Numération plaquetttaire (impédance)

		Histogramme Ptt (%)	Intervalles de références
Plaquettes : 10 ⁹	271	10 ⁹ /μL	(150-400)
VMP : fL	7.0	fL	-

Page 1 sur 2

Horaires d'ouverture : Lundi au vendredi : 7h30-18h30/Samedi et jours fériés :

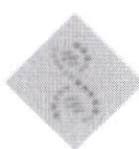
7h30-13h00

Angle Bd Abdelloumen et rue arrachas, Casablanca - Maroc. Tel : +212 52 22 42 39 60/65 - GSM : 06 61 85 78 48

site web : www.lab-co.mae.ma/contact@lab-co.ma

N° 5036-7064 CNSS : 2783061 Patente : J6341724 NICE : 0028614960006 INPE Biologiste : 29-167290

Prélèvement à domicile sur RDV



LIAB

المختبر الدولي للتحاليل الطبية

LABORATOIRE INTERNATIONAL D'ANALYSES BIOMÉDICALES

Dossier N° : 2401060083 de ENFM MOHAMED BENHNINI Né(e) le : 13-09-2012

Prélevé : le 06-01-2024, Edition le 08-01-2024



Vitesse de sédimentation :
(Sang total EDTA (VES MATIC CUBE 300))

4 mm/h (0-10)

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Ferritine : μg/L

(Sérum/plasma EDTA et Héparine/Chimiluminescence /ARCHITECT ABBOTT)

12.39 ng/mL

12.39 μg/L

(21.81-274.66)

(21.81-274.66)

Protéine C-réactive (CRP) : mg/L

(Sérum/Plasma EDTA ou Héparine / Turbidimètre / ARCHITECT ABBOTT)

0.6 mg/L

5.7 mmol/L

(0.0-5.0)

(0.0-47.6)

Antistreptolysine O :

(Sérum/plasma EDTA et héparine/turbidimètre / Optilite-binding site.)

230.50 UI/ml

(<200.00)