

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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.



## Déclaration de Maladie

W21-852797

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 85211 Société : RAN

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUTALEB AICHA

Date de naissance : 203997

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 2147,40

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'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 : 2 / 5 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

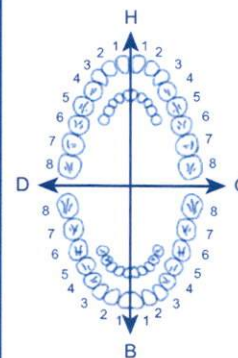
Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



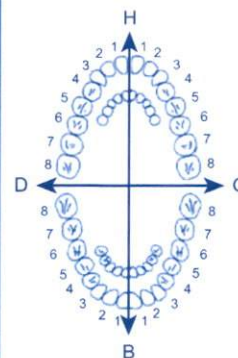
[illegible][illegible][illegible][illegible]

**VOLET ADHERENT**

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



**O.D.F**  
**PROTHESES DENTAIRES**



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

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

Montant des Honoraires
---------------------------

MONTAN  
DES SOINDEBU  
D'EXECUT

FIN  
D'EXECUT

COEFFICIENT  
DES TRAV.,MONTAN  
DES SOINDATE DI  
DEVISDATE D  
L'EXECUTI

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

[Assurés](#) | [Producteurs de soins](#) | [Employeurs](#) | [Plan du site](#)

© CNOPS - 2009 - Tous droits réservés  
Réalisation SQLI



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS   ASSURÉS   EMPLOYEURS   CNOPS



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app



(/portailapps/www/index.php/assures/auth) Situation 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 1	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	-	17/04/2024	Virement	-	4 447,40	2 170,39	437,31	2 607,70
86445083	07/03/2024	Payé en : 41 jours		ELFASSI-ELFIHRI GHITA	2 300,00	920,00	30,00	950,00
86445055	07/03/2024	Payé en : 41 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	2 147,40	1 250,39	407,31	1 657,70
1	-	01/03/2024	Virement	-	1 442,40	1 010,63	270,27	1 280,90
1	-	02/01/2024	Virement	-	1 190,00	780,56	195,14	975,70
1	-	23/11/2023	Virement	-	1 652,90	1 136,58	332,82	1 469,40

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



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): ..... N° du Tél (optionnel): .....

خاص بالمؤمن له (ة) ..... Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي: **EL FASSI EL FINRI ABDELLAH**  
Nom et prénom: .....  
رقم الانخراط: **2113431**  
N° Affiliation: .....  
رقم التسجيل: **434 310778**  
N° Immatriculation: .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1348173191**  
N° CIN: .....

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ة): ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان: **LOT LAIMOUNE 1 VILLA N° 100**  
Adresse: **CASABLANCA**

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **#214740 # DHS**  
Montant des frais (Dhs): .....

عدد الوثائق المرفقة: **#6 #**  
Nombre de pièces jointes: .....

تصريح الطبيب المعالج ..... Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات ..... Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: ..... Nom et prénom: .....  
تاريخ الإزيد: ..... Date de naissance: .....  
رقم بطاقة التعريف الوطنية: **1348173191**  
N° CIN: .....  
الجنس: \* أنثى ☐ Masculin ☒ ذكر ☐ Sexe: .....

تعريف الطبيب المعالج ..... Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج ..... N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات ..... Type de soins  
تم تقديم الظرف المغلق: \* .....  
oui ☐ non ☐  
Maladie\* ☐ مرض \*  
Maternité\* ☐ أمومة \*  
Hospitalisation\* ☐ إستشفاء \*  
Accident\* ☐ حادث \*  
Date de grossesse: ..... تاريخ الحمل: .....  
Date prévue d'accouchement: ..... التاريخ المرتقب للولادة: .....  
Date d'hospitalisation: ..... تاريخ الاستشفاء: .....  
Date d'accident: ..... تاريخ الحادث: .....  
Causes: ..... أسباب الحادث: .....

فعل: **CASA BLANCA** .....  
Le: **21/10/2024** .....  
توقيع المؤمن له (ة) .....  
Signature de l'assuré (e) .....  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
فعل: **CASA BLANCA** .....  
Le: **21/10/2024** .....  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية .....  
Signature et cachet du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع ..... La vente de cet imprimé est formellement interdite

توقيع وطابع التعاضدية ..... Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent: .....

تاريخ الإيداع: ..... Date de dépôt du dossier: .....







**Professeur Ahmed BENNIS**

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Casablanca le : .....

CASA , Le 15/02/2024

**M. ABDELLAH EL FASSI FIHRI**

40.86 x 3 = 121.86

- 1) **TARDYFERON Comprime à 80 mg Bte 30 Comprime**  
Prendre 2 comprimés le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

- 2) **ACFOL 5 MG**  
1 comprimé le soir, pendant 3 mois

PHARMACIE KM 9  
Dr OUADILI Souad  
Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11

Professeur Ahmed Bennis  
Spécialiste de Cardiologie  
Casablanca

319334 6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

319334 6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PHARMACIE KM 9  
Dr OUADILI Souad  
Lissasfa 1 - Tél: 0522 65 00 11

319334 6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés  
Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI





**Professeur Ahmed BENNIS**

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

Casablanca le : .....

CASA , Le 15/02/2024

Maphar  
Bd Alkimia N° 6, Ql,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
6 118001 183104

**M. ABDELLAH EL FASSI FIHRI**

**1) COPLAVIX**

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

**2) CARDENSIEL 2.5 MG BT/30 CP**

Prendre 1 comprimé le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

**3) COVERSIL 5 MG**

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

**4) CRÉSTOR 5 MG**

1 le soir, au cours du repas, pendant 3 mois

**5) STAGID 700**

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

**6) JARDIANCE 10 MG**

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

**7) VASTAREL 80 MG**

1 le matin, au cours du repas, pendant 3 mois

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
98 Rue Kadi Lass Maarif - Casablanca  
Tel 05 22 25 36 00

98 Angle Rue Kadi Lass et Rue Abou Salt Andaloussi ( Près de la commune urbaine du Maârif)  
PHARMACIE KM 9  
ET OUABILI Sound  
Casablanca - Tél: 05 22 69 00 11

**COVERSYL®**  
Périndopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables 5 mg  
6 118000 100294

**COVERSYL®**  
Périndopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables 5 mg  
6 118000 100294

**COVERSYL®**  
Périndopril arginine  
Comprimés pelliculés sécables 5 mg  
6 118000 100294

Stagid® 700 mg  
100 comprimés sécables  
6 118000 021292

LOT  
EXP  
PPV  
231869  
052026  
107.60



**Pas de stenose carotide significative**

**Conclusion :**

FEVG 65%. PRVG non élevé. Pas de valvulopathie. Pas d'HTAP

Appareil : Mise en service le

**Pr. BENNIS AHMED**

Professeur Ahmed Bennis  
Spécialiste des maladies  
cardio-vasculaires  
Hôpital de la ville de  
Tunis

**Pr. BENNIS AHMED**

Cardiologie

98 ANGLE RUE KADI LASS ET BRUE

ABOU

SALT ANDALOUSSI

CASA

Tel.:0522253600

Mobile:0661321866

Fax:0522253601

Email:bennis\_cardio@yahoo.fr

00 0 00124 8

CASA, le 15/02/2024

## **Echographie cardiaque**

Echographie faite le 15/02/2024 - Opérateur :

**EL FASSI FIHRI ABDELLAH**

Taille : Poids :

Destinataire :

**Indications :** Billan CV

### **Résultats**

Fc	Ao	OG	Dtd	Dts	Inc	EpS	EpP	FRD	FEtm	IMM	PAPs	Pod
74 Nb/mn	32 mm	38 mm	54 mm	34 mm		6 mm	9 mm	38 %	65 %			

**Rythme :** sinusal

**Aorte :** normale, aorte initiale non dilatée

**Valve aortique :** sigmoïdes aortiques normales , surface de la valve aortique : 2 cm2

**Ventricule gauche :** fonction systolique globalement normale

**Valve mitrale :** normale , surface de la valve mitrale : 4 cm2

**Oreillette gauche :** non dilatée

**Coeur droit :** non dilaté

**Péricarde :** libre

**Commentaire :** VG non dilaté avec cinétique VG conservé

FEVg 65% en 2D Biplan.

Strain VG global conservé

GS : -19.9%

Pression de remplissage VG non élevé

Aorte initiale non dilaté

Pas de valvulopathie significative

Pas de signe d'HTAP.

Pas d'épanchement pericardique



EL FASSI FIHRI ABDELLAH

FC 74 /min

Axes

P -25 °

QRS 37 °

T 39 °

Interprétation: RYTHME SINUSAL, ANOMALIE ST ET T NON SPECIFIQUE  
(SUS DECALAGE), ECG DANS LES LIMITES DE LA NORMALE

RI6 02

Rapport non confirmé

Né(e) le 27.02.1963

Age 60 ans

Sexe Masculin

Taille cm

Poids kg

Origine

PA

Remarque

Intervalles

RR 807 ms

P 138 ms

PR 156 ms

QRS 90 ms

QT 360 ms

QTc 404 ms

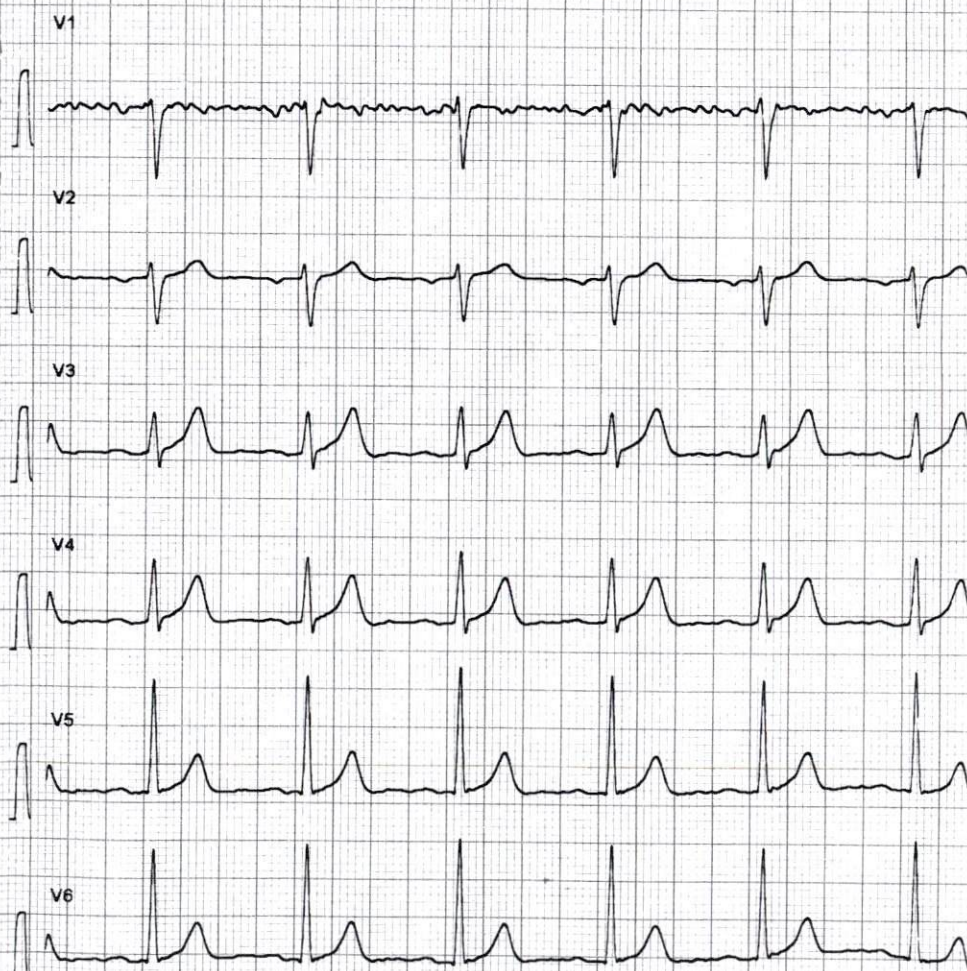
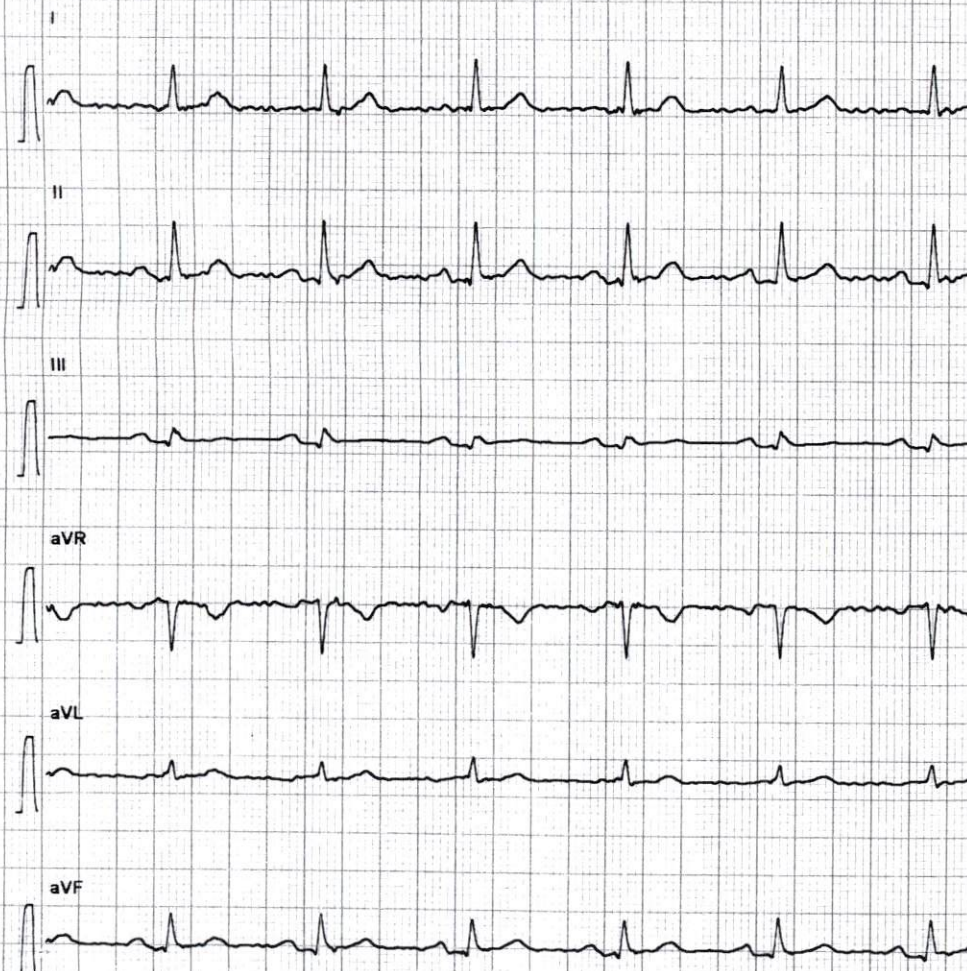
(Bazett)

P (II) -0.11 mV

S (V1) -1.06 mV

R (V5) 1.79 mV

Sokol. 2.85 mV



10 mm/mV 25 mm/s

10 mm/mV 25 mm/s



# CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Professeur Ahmed BENNIS  
Professeur de Cardiologie  
Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU  
bn Rochd de Casablanca  
Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie  
Fellow of The European Society of Cardiology  
Fellow of The American College of Cardiology



98 Angles Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt  
( Près de la commune urbaine du Maârif ) Casablanca  
Tél: 0522253600 - Fax: 0522253601 - Mobile: 0661321866  
INPE: 091026591 - Mail: ahmedbennis7@gmail.com

## Facture :

- Date : 15 - 02 - 2024
- Nom : EL Hassi EL Fihri
- Prénom : A. B. EL
- Consultation + ECG : 3000
- Echographie Cardiaque : 10000
- Echographie Vasculaire :
- Holter Tensionnel :
- Holter Rythmique :
- Autres :

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca  
Tel 05 22 25 36 00

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca  
Tel 05 22 25 36 00

Total : 13000

Professeur Ahmed BENNIS  
Spécialiste des maladies  
Cardiovasculaires  
98 Rue Kadi Iass Maârif - Casablanca  
Tel 05 22 25 36 00



MR EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH  
LOT LAIMOUNE VILLA 100

**Accusé de Réception**

CASABLANCA

CASABLANCA LISSASFA  
20230

N° de Dossier :	86445055	Date et heure :	07/03/2024 12:58
Nom et prénom Assuré :	EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH		
Immatriculation :	43430778 / 040103021		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	EL FASSI EL FIKRI ABDELLAH	/ 01	
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS		
Lieu de réception :	CASA SIEGE 40145		
Valeur en Dirhams :	2 147,40	Nombre de pièces :	15
Code Etablissement :		Agent de réception :	M4M0543
Nom Etablissement :			