

# 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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 85461 Société : R.A.N.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 709,80

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : EL FASSE EL FIRSI ABDELLAH Age:

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'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Le : 17/12/2019

## 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 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 التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 الشغف والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح 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.

### Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ 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° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

### Partie réservée à l'assuré(e)

الإسم العائلي و الشخصي : **EL FASSI EL FINRI ABDELLAH**

رقم الانخراط :

213481

رقم التسجيل :

43430778

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

B487359

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint  زوج  Enfant ابن

العنوان : **LOT 1 ALIMOUNE 1 Villa n° 100**

**QARA BALKH**

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات : **EL FASSI EL FINRI ABDELLAH**

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **EL FASSI EL FINRI ABDELLAH**

الإسم العائلي و الشخصي :

Nom et prénom : **EL FASSI EL FINRI ABDELLAH**

تاريخ الازدياد :

27021863

Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :

الجنس :

M ♂ ذكر  F ♀ أنثى

### Identification du médecin traitant

N° INP

**034024125**

### Type de soins

Maladie \*  مرض \*

Pli confidentiel remis\* :  Oui  Non

Maternité \*  أمومة \*

Hospitalisation \*  استشفاء \*

Date de grossesse :

Accident \*  حادث \*

Date prévue d'accouchement :

Fait à : **CARA BALKH**

Date d'hospitalisation :

le : **10/07/2019**

Date d'accident :

Causes :

حرر في : **05/07/2019**

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

أصادق بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه . Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **CARA BALKH**

حرر في : **05/07/2019**

le : **10/07/2019**

في : **05/07/2019**

لدى توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* أشطب الخانة

مع منعا كلبا يبيع هذا المطبوع

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

#### **جدول الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة**

#### Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

5

INP :

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفoter Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

INP :



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 ATTENTE DE PIECE 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
- 1	-	12/12/2019	Virement	-	850,00	480,00	120,00	600,00
59670411	28/11/2019	Payé en : 14 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	850,00	480,00	120,00	600,00
- 1	-	09/12/2019	Virement	-	709,80	485,17	66,90	552,07
59463143	19/11/2019	Payé en : 20 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	709,80	485,17	66,90	552,07
■ 1	-	09/08/2019	Virement	-	1 000,00	660,00	94,28	754,28
■ 3	-	29/07/2019	Virement	-	3 947,00	2 184,00	71,00	2 255,00
■ 1	-	15/07/2019	Virement	-	1 518,00	920,00	5,00	925,00
■ 1	-	03/06/2019	Virement	-	619,70	350,00	50,00	400,00

MR ABDELLAH EL FASSI EL FIHRI  
LOT LAIMOUNE VILLA 100

CASABLANCA  
20230 CASABLANCA LISSASFA

000057864517

Accusé de Réception

N° Réception : 57864517  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
Immatriculation : 43430778 / 040103021  
Nom et Prénom Bénéficiaire : EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 1/08/2019 11:50  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105  
Valeur du dossier : 709,80  
Nombre de pièces : 7  
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :  
Etablissement :

PPV

200

5mg<sup>6</sup>



82607 53521 7

INFO PHARMA

10, Rue Boulmane Bourgogne  
Casablanca 20040 Morocco  
Tel: +212 5 22 22 34 07  
+212 5 22 22 12 55  
Fax: +212 5 22 47 45 92

ORDONNANCE

REMBOURSEÉ  
par la  
MUTUELLE

Le : 05/07/19

M<sup>2</sup> EL Fassi EL FIL Abdellah

136.60 x 3 = 409.80

Amloz 5 mg

Supply : 103 mg

PHARMACIE KM 9  
PROADILI Squad  
Tél: 022 65 00 11

200.00 Bon de remboursement

UT.AV :

609.80

P.P.V.

LOT N° : 126 11 75

136 60

LOT N° : 126 9 11

136 60

UT.AV :

P.P.V.

LOT N° : 126 11 9

136 60

AMLOZ 5 mg  
56 COMPRIMÉS



AMLOZ 5 mg  
56 COMPRIMÉS



6 118000 2500 6 118000 250012

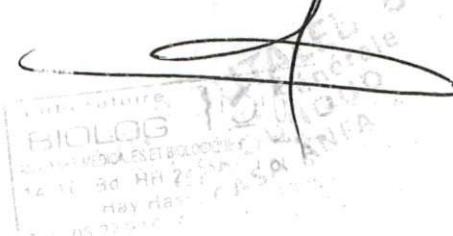
# ORDONNANCE

b2 Le : 06/07/19

M-ELFASSI EL FIFI  
AH { Bellah

- D Q J

- Hb Glycosylé





\* 0 9 7 1 6 3 1 8 2 \*

Date du prélèvement : Mardi 09 Juillet 2019 à 09:41  
Code patient : 170331-0029  
Né(e) le : 27/02/1963 (56 ans)

**Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI**  
Dossier N° : 190709-0023  
Prescripteur : B BOUTALEB



## BIOCHIMIE SANGUINE

18/12/2018

### Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H – Roche Diagnostics Cobas)

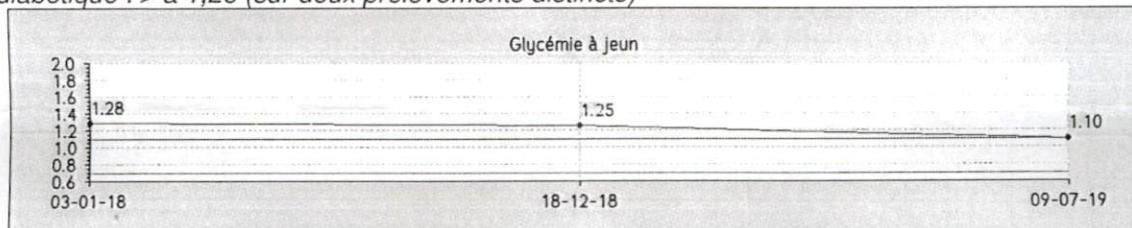
1,10 g/L  
6,11 mmol/L

(0,70–1,10)  
(3,89–6,11)

1,25

#### Consensus:

- Taux normal : de 0,60 à 1,10 g/L
- Diminution de la tolérance au glucose : de 1,10 à 1,26 g/L
- Sujet diabétique : > à 1,26 (sur deux prélèvements distincts)



18/12/2018

### Hémoglobine glyquée par HPLC

(Tosoh Biosciences GX-HPLC)

6,0 %

(4,0–6,0)

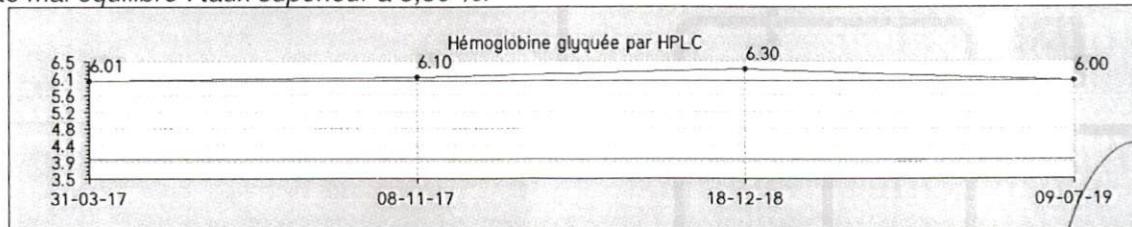
6,3

#### Variant Hémoglobine

Absence de variant d'hémoglobine

#### Valeurs de référence :

- Sujet normoglycémique : 4,00 à 6,00 % de l'hémoglobine totale.
- Sujet diabétique équilibré : objectif ciblé autour de 6,50 %.
- Diabète mal équilibré : taux supérieur à 8,50 %.



F. Younsef  
Technicien



La b o r a t o i r e

**BIOLOG**

d'Analyses Médicales et Biologie de la reproduction

Biochimie clinique  
Bactériologie médicale  
Hématologie clinique  
Immunologie  
Auto-immunité

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

CODE INPE: 4



190709-0023 – Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI

## BIOLOG et vous ?

### LES PIEGES DE L'HbA1c :

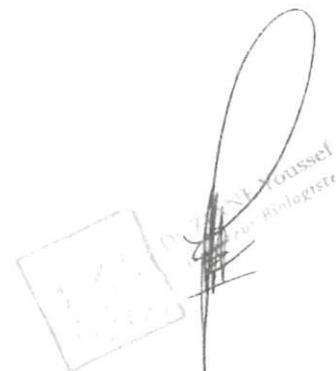
#### **1– Les situations qui surestiment le dosage de l'HbA1c :**

*Hypertriglycéridémie, insuffisance rénale/hyperurémie (Hb carbamylée), déficit en fer (anémies), vitamine b12, folates, splénectomie, abus d'opiacés, d'alcool ou d'acide acétylsalicylique, hyperbilirubinémie, présence d'hémoglobine foetale HbF (thalassémie).*

#### **2– Les situations qui sous-estiment le dosage de l'HbA1c :**

*Vitamines C et E, maladie hépatique chronique, hémodialyse, hémolyse, transfusion sanguine, présence d'HbS et C (facilement dépistées grâce au dosage par HPLC), splénomégalie, médicaments : dapson, antiviraux, interféron, fer, EPO et grossesse.*

Validé par : Dr Youssef ZIANE





# 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](mailto:lab.biolog@gmail.com)  
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126  
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier – France

Code INPE: 097163182



Organisme :

Casablanca, le : 09/07/2019

**FACTURE N° : 190005989**

**Nom et Prénom : Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang adulte	B17	B
	Glycémie à jeun	B30	B
	HbA1c	B100	B
	Pieges HbA1c	0	

**Total des B : 147**

Montant total de la facture : 100.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : cent 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)*

