

# 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 canaux, 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 canaux.

## 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 à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge



N° W19-497210

12923

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8511 Société : RAN

☒ 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 : EL FASS EL FIMRS ABDELLAH

Nom et prénom du malade : EL FASS EL FIMRS 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 déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Le : 17/12/2019

Adhérent(e) : [Signature]



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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.

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 التماضدية 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.

الآخطار 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 وكل ما سبق ذكره.



## 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 : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : EL FASSI EL FIMRI ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 213481 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 43430778 رقم التسجيل :

N° CIN : 8487355 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : LOT LAIMOUNE A - Villa n° 100 العنوان : CAR BLANCO

Montant des frais (Dhs) : ..... مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : ..... عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : EL FASSI EL FIMRI ABDELLAH المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : EL FASSI EL FIMRI ABDELLAH الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 27021963 تاريخ الازدياد :

N° CIN : 8487355 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 094024125 الرقم الوطني الاستدالي للممارس :

Type de soins : ..... نوع العلاجات

Maladie \* : ..... تم تقديم الظرف المغلق\* : Oui Non

Maternité \* : ..... تاريخ الحمل : Date de grossesse :

Hospitalisation \* : ..... التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

Accident \* : ..... تاريخ الاستشفاء : Date d'hospitalisation :

Causes : ..... تاريخ الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه . J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : ..... Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le : ..... Fait à : ..... في : في : 05/04/2015

Signature de l'assuré (e) : ..... توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins : ..... 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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماضدية

Identification de l'agent : .....

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

\* أشطب الخانة

مع منعنا كليا بيع هذا المطبوع

## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10


جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	التاريخ التنفيذ Date d'exécution
٦٠٩ ٨٥ INPE: 092036789 INP :	٦٠٩ ٨٥ INPE: 092036789 INP :

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
09.07.19	B.147			1000	
INPE: 097163182					
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					
INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]					

## Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
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

**i** 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  59670411	-	12/12/2019	Virement	-	850,00	480,00	120,00	600,00
	28/11/2019	Payé en : 14 jours		EL FASSI EL FIHRI ABDELLAH	850,00	480,00	120,00	600,00
- 1  59463143	-	09/12/2019	Virement	-	709,80	485,17	66,90	552,07
	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 Dms



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

REMBOURSE  
par la  
MUTUELLE

Le: 08/04/19

M. EL Fassi EL FIL Abdelhak

136.60 x 3 = 409.80

Amlor 5 mg  
10 pty.

PHARMACIE KM 9  
D. OUADILI Souad  
Tél: 022 65 00 11

200.00 Bon débiteur

409.80

UT.AV :  
LOT N°: 126 1175  
LOT N°: 126 911  
UT.AV :  
LOT N°: 126 112

P.P.V.  
136 60  
136 60  
136 60 6

AMlor 5 mg  
56 COMPRIMÉS



118000 250012

AMlor 5 mg  
56 COMPRIMÉS



118000 250012



# ORDONNANCE

Le: 08/07/19

M<sup>re</sup> EL FASSI EL Fihri  
Abdelkhalik

- G à J

- Hb glycosylé

ORDO

LABORATOIRE BIOLOG CASABLANCA

Mr EL FASSI EL Fihri Abd

Né(e) le :

1907090023

A coller sur l'ordonnance

BIOLOG

14 11 30 HH 2

May 14

05 27 000 2



Laboratoire

**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:



\* 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

### Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H - Roche Diagnostics Cobas)

1,10 g/L

(0,70-1,10)

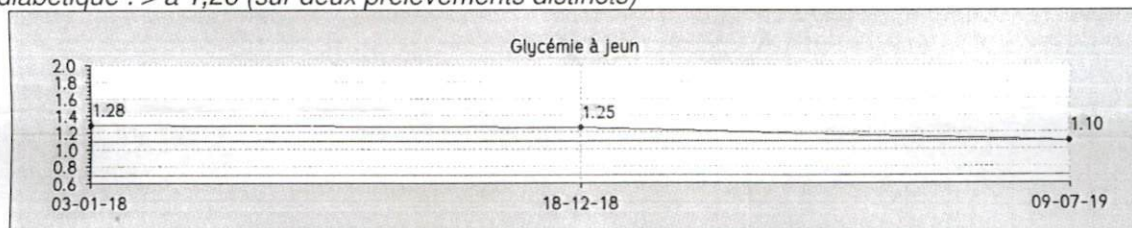
18/12/2018  
1,25

6,11 mmol/L

(3,89-6,11)

#### 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)



### Hémoglobine glyquée par HPLC

(Tosoh Biosciences GX-HPLC)

6,0 %

(4,0-6,0)

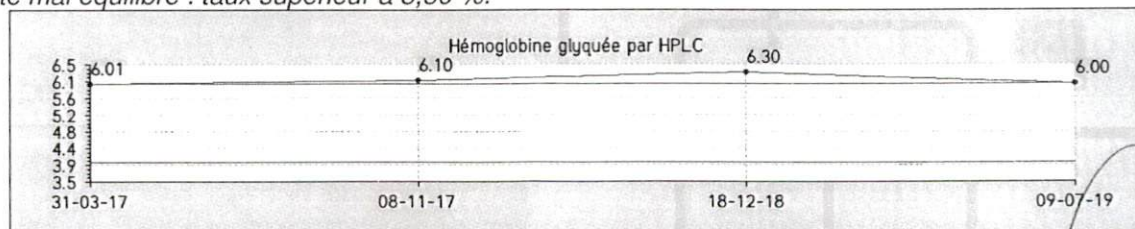
18/12/2018  
6,3

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 %.







Laboratoire

**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

190709-0023 - Mr Abdellah EL FASSI EL FIHRI

CODE INPE:



## 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: 097163162



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)

