

# 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

- 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.

A30999

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 5242

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Mme Bouchnib Souika épouse Baghous

Date de naissance :

16/07/1955

Adresse : 64 lot 1852 la marabout maarouf casa  
Rue 28

Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1018 Dhs Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age:

Enfant

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 participants eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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

## توقيع وطابع التعاونية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

Signature : .....

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراء بملف التعويض.

يجب تقييم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى انفعالية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة 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 الغش 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 يلي ذكره.

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

## Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01  
谬误 رقم 1.1.02.01

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

العنوان :

مبلغ المصاري (درهم) :

عدد الوثائق المرفقة :

Nom et prénom : BOLHIAIT SADDA  
N° Affiliation : ٤١٤٣٦٣٤٨  
N° Immatriculation : ٩١٧٢٧٧١٤٥٥  
N° CIN : B341018

Lien de parenté du bénéficiaire : Conjoint  زوج  Enfant  اب

Adresse : ٦٤, lot Assalam, Rue 28, sick  
maison caser

Montant des frais (Dhs) : 1018DH

Nombre de pièces jointes : 3

## Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : M. BOUHAÏB YOUSSEF BRAHIM  
تاريخ الإزدياد : ٢٠٠١  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : SA.0A  
الجنس\* : Masculin  ذكر  Féminin  اثث

## Identification du médecin traitant

نوع العلاجات \* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins	Admission ALD* :		oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
	N° dossier ALD* :			
	Code ALD :			
Soin ambulatoires* <input type="checkbox"/>	علاجات خارجية* <input type="checkbox"/>	Pli confidentiel remis* :	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استئصال* <input type="checkbox"/>	Date d'hospitalisation :		

**MGEN**  
**CAOABLANCE**

أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 26/11/2021 درج : 26/11/2021  
Le : ..... فی : .....  
Signature de l'assure (e) توقيع المؤمن له (لها)

- INP : identification Nationale du Praticien  
- Cocher la mention utile pour chaque case

Resid : ..... يمنع معبرا كل بيت هذا المعلم  
Dr. HEDDOU DHIL-M. .....  
Généalogie .....  
Signature .....  
Cachet et Signature du Médecin traitant .....  
ou de l'agent de l'assure .....  
\* اشطب

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

## **جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**

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

تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs de dispositifs médicaux
26/11/2020	1:123.00	Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca tel 05 22 97 40 65
	INP : 092003049	Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tel 05 22 97 40 65
03/12/2020	1:545.20	
	INP : 092003028	
	INP :	
	INP :	

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدات عمليات



En vertu de l'article 73 de la loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, la CNPDS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 81 de ladite loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNPDS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie).

## Information

ENREGISTRE 1

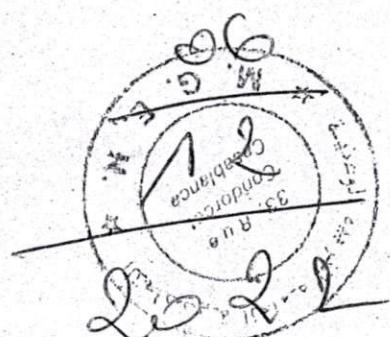
PAYE

## RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
- 2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
67172515	12/04/2021	Payé en : 23 jours	-	BOUHAIK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours	-	BOUHAIK SAIDA	860,00	26,00	0,00	26,00
- 3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
65490966	12/01/2021	Payé en : 45 jours	-	BOUHAIK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours	-	BOUHAIK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours	-	BOUHAIK SAIDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
- 1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
64628725	23/11/2020	Payé en : 32 jours	-	BOUHAIK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
- 2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours	-	BOUHAIK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours	-	BOUHAIK SAIDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
- 1	-	30/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
63750871	30/09/2020	Payé en : 33 jours	-	BOUHAIK SAIDA	500,00	128,00	24,00	152,00
- 6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
63505679	17/09/2020	Payé en : 32 jours	-	BOUHAIK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours	-	BOUHAIK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours	-	BOUHAIK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	-	BOUHAIK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

13 Dossiers. page



LOT 19173  
EXP 07/20  
PPV 99.0

OEDES 20mg  
28 gélules  
6 118001 100088

PPV (DH):

LOT : 191267  
UT AV : 07/2022  
PPV: 99,00DH

PREZAR 20mg  
28 comprimés pelliculés  
6 118001 041337

LOT : 191266  
UT AV : 07/2022  
PPV: 99,00DH

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082231

PPV (DH):

LOT : 200132  
UT AV : 01/2023  
PPV: 99,00DH  
LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 2231

LD-NOR 20mg  
30 comprimés pelliculés  
6 118000 082231

LOT N°:  
H000,66 : ADD

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفظي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 03/12/2020

Mme Bouhaik Veuve Baghou Saida

169.20

Prezar 100 No3



1 cp le matin au moment du petit dejeuner

39.00 x 3

LD-nor 20 No3



1 cp apres le diner

39.00

Oedes 20 mg -bte de 14



1 gel le soir avt le coude

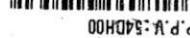
1:525.20

pharmacie Al ABE  
Dr. Sana CHRAIBI  
46, Lot. Essalamia  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél. 05 22 97 40 65

Signature

إقامة سعد الله، 12 زنقة ريمير (شارع عبد المؤمن)، حي المستشفيات، الدار البيضاء  
Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca  
الهاتف : 0522.200.104 / 105 - الفاكس : 0522.200.106 / 105

6 1180001010531



P.P.A:54DH00

GELU B20

LOT:3MA028

PER.:06/2021

DUSPATALIN 200MG



**Dr Mohamed HEFFOUDHI**

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

**الدكتور محمد حفوصي**

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 26/11/2020

Mme Bouhaik Veuve Baghou Saida

repos au lit stricte-position semi assise

regime à base de bouillons + vermicelles + blanc de poulet - pain grillé - fromages allégés et tisanes puis soupe misée (carottes, poireaux etc) riz et tisanes

51,00

- ✓ Duspatialin 200 -1bte  
1 cp matin et soir avt les repas (75)
- ✓ Nometil cp-1bte  
1 cp matin et soir avt les repas (75)
- ✗ Tanganil 500 No2  
1 cp apres chaque repas
- Trimarel gouttes ou équivalent-1 fl  
le contenu d'1 pipette dans 1/2 verre d'eau 30-40 min apres les repas

123.00

pharmacie AL ABE  
Dr. Sana CHRAIBI  
12, Lot. Essalamma  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél 05 22 97 40 65

Dr. HEFFOUDHI-M.  
Gastrologue  
Résidence SAAD ALLAH, n° 12 Rue Reaumur  
Bd. Abdelmoumen Quartier des Hôpitaux  
CASABLANCA - Tel.: 05 22 20 104 / 05 22 20 105

إقامة سعد الله، 12 زنقة ريمير (شارع عبد المؤمن)، حي المستشفيات، الدار البيضاء  
Résidence SAAD ALLAH, n° 12, rue Reaumur (Bd. Abdelmoumen), Q. des Hôpitaux - Casablanca  
الهاتف : 0522.200.104 / 105 - الفاكس : 0522.200.104 / 106 - Fax : 0522.200.106