

# 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

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.

**MUPRAS** : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

M22- 0053806

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. Bouhachem Soukri épouse Baghou

Date de naissance : 16/07/1955

Adresse : 64 Lot 18 Almassidi Maarouf Casa Rue 28

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

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 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 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.

## تعليمات يجب اتباعها

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

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الغش 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

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



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
مرجع رقم 1.1.02.01 ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **BOUHAI SAIDA** الاسم العائلي والشخصي : .....

N° Affiliation : **8143148** رقم الانخراط : .....

N° Immatriculation : **9172 177/1605** رقم التسجيل : .....

N° CIN : **B344018** رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

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

Adresse : **Ch. de Nazlamia Rue 28 sid. mawar** العنوان : .....

Montant des frais (Dhs) : **1018 DH** مبلغ المصاريف (درهم) : .....

Nombre de pièces jointes : **3** عدد الوثائق المرفقة : .....

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **M. BOUHAI K. BOUHAI** الاسم العائلي والشخصي : .....

Date de naissance : **SAIDA** تاريخ الميلاد : .....

N° CIN : **SAIDA** رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....

Sexe : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس : \*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **1094674971** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : .....

Type de soins : Admissio ALD\* : ☐ oui ☐ non نوع العلاجات : قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD\* : **12 JAN 2021** رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : **12 JAN 2021** رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires\* : ☒ علاجات خارجية Pli confidentiel remis\* : ☐ oui ☒ non تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation\* : ☐ تاريخ الاستشفاء : .....

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. I declare the information above sincere and veritable.

Fait à : **26 JAN 2021** حرر في : **26 JAN 2021**

Le : **26 JAN 2021** في : **26 JAN 2021**

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية : Cachet et Signature du Médecin traitant

Signature de l'assuré (e) : **Dr. H. BOUHAI-M.**

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

### وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المشفوتر Montant facturé	توقيع الطبيب المعالج Signature du médecin traitant
26 - 11 - 2020			L2 + L4	350,000	
03 / 12 / 2020			Extrait		

CIM - 10

**جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
26/11/2020	1: 123.00	Pharmacie AL ABE <b>Dr. Sana CHRAIBI</b> 48, Lot Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tel 05 22 97 40 65
	INP: 092003089	Pharmacie AL ABE <b>Dr. Sana CHRAIBI</b> 48, Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tel 05 22 97 40 65
03/12/2020	1: 545.20	
	INP: 092003023	
	INP:	

**عمليات الإحياء، الأشعة والصور**

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 ومطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

### 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					





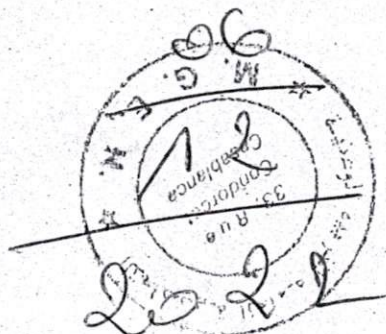
En vertu de l'article 73 de l'ordonnance portant code de la couverture médicale de base, la CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires, les dossiers de maladie.

Information	ENREGISTRE 1	PAYE	RETOUR POUR COMPLEMENT 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	-	02/11/2020	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 payés



LOT 19173  
EXP 07/20  
PPV 99.00

OEDES 20mg  
28 gélules



6118000100088



PREZAR 100mg  
Losartan  
28 comprimés pelliculés

PPV 1490H20  
PER 05/23  
LOT 1786

PPV (DH):

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

LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés



61180001082231

PPV (DH):

LOT : 200132  
UT AV : 01/2020  
H000'66 : 444

LOT N°:



LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

LOT N°:

LOT : 200131  
UT AV : 01/2023  
PPV : 99,00DH



LD-NOR 20mg

30 comprimés pelliculés

Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 03/12/2020

Mme Bouhaik Veuve Baghou Saida

Aug. 20

Prezar 100 No3

1 cp le matin au moment du petit déjeuner

99.00 x 3

LD-nor 20 No3

1 cp apres le diner

99.00

Oedes 20 mg -bte de 14

1 gel le soir avt le coucher

11.545.20

Pharmacie AL ABE  
Dr. Fata CHRAÏBI  
46, Lot. Essalama  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél: 05 22 97 40 65

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



Faint, illegible text, possibly a stamp or handwritten note.

10  
DUSPATALIN 200MG  
GELU B20  
P.P.A: 54DH00  
LOT: 8MA028  
PER: 06 2021  
6 118000 019531



Dr Mohamed HEFFOUDHI

SPECIALISTE

DES MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF

(Estomac - Foie - Intestin - Hémorroïdes)

ENDOSCOPIE DIGESTIVE

ECHOGRAPHIE

الدكتور محمد حفوضي

اختصاصي

في أمراض الجهاز الهضمي

الفحص بالمنظار الداخلي

الفحص بالصدى

Casablanca le, 26/11/2020

Mme Bouhaik Veuve Baghou Said

repos au lit stricte-position semi assise

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

✓ Duspatalin 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  
48, Lot. Essalama  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tél 05 22 97 40 65

DR. HEFFOUDHI-M.  
Gastro-entérologue  
Résidence SAAD ALLAH, n° 12 Rue Reaumur  
Bd. Abdelmoumen (Quartier des Hôpitaux)  
CASABLANCA - Tél.: 05 22 20 01 04 / 05

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