

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

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- 0053812

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve Baghou

Nom & Prénom :

Bouhaik Saïda Veuve Baghou

Date de naissance :

16/07/1955

Adresse :

64 lot A Malama Sidi marouf

Cam

Rue 28

Tél. :

0641734174

Total des frais engagés :

4210,70 Dhs

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'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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

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 اختبر).

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 التعاضدية 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 للمساوير 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

تأمين عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau:

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom: **BOUHAIK SAIDA** الاسم العائلي والشخصي:

N° Affiliation: **2308148** رقم الانخراط:

N° Immatriculation: **9152 77114151** رقم التسجيل:

N° CIN: **B34 4648** رقم بطاقة التعريف الوطنية:

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

Adresse: العنوان:

Montant des frais (Dhs): **40,10,70** مبلغ المصاريف (درهم):

Nombre de pièces jointes: عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance: تاريخ الميلاد:

N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe*: الجنس*:

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

نوع العلاجات

Admissio ALD*:

قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD*:

رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD:

رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* ☐

علاجات خارجية* ☐

Pli confidentiel remis* ☐

تم تقديم الظرف المضمّن* ☐

Hospitalisation* ☐

استشفاء* ☐

Date d'hospitalisation:

تاريخ الاستشفاء:

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

Je déclare les informations ci-dessus être exactes.

Fait à: حرر بـ:

Fait à: حرر بـ:

Le: في:

Le: في:

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Établissement de soins

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

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع (S) La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع ومطابق الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien ou des Fournisseurs des dispositifs médicaux
10/12/2020	160.70	Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAÏBI 48, Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65
INP: 092003029		
14/12/20	155.50	Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAÏBI 48, Lot. Essalama Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65
INP: 092003029		

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 المقوتر Montant facturé	توقيع وطابع 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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					



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

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		BOUHAIAK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAIAK 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		BOUHAIAK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAIAK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAIAK 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		BOUHAIAK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,40
64533605	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAIAK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAIAK 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		BOUHAIAK 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		BOUHAIAK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours		BOUHAIAK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAIAK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAIAK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

13 Dossiers payés





090063264

CASABLANCA Le : 14-12-2020

Facture N° 05834/20

A. Identification

N° Dossier : CLC20L14081704

N° Identifiant : 006668/20

Nom & Prénom : Mme BOUHAÏK SAÏDA

C.I.N : B341018

Adresse : SIDI MAAROUF

B. Assuré

Lien avec l'assuré : Lui même

Nom prénom : BOUHAÏK SAÏDA

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

N° d'affiliation :

N° d'immatriculation :

N° Prise en charge :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 14-12-2020

Date Sortie : 14-12-2020

Médecin traitant : DR. SLAOUÏ MOHAMED

Traitement : FIBRO

Qté	Prestations	Observation	Prix U.	L.C.	Coef	Total
INTERVENTION						
1	PINCE		150,00			150,00
1	FIBROSCOPIE		1 650,00			1 650,00
Total Rubrique :						1 800,00
PARTIE CLINIQUE :						1 800,00
PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES :						0,00
Arrêté la présente facture à la somme de :			TOTAL GENERAL		1 800,00	

MILLE HUIT CENTS DIRHAMS

Cachet et Signature

Modalité de paiement	Ref Cheque	Montant	Solde
CHEQUE	048011	1 800,00 Dh	0,00 Dh

CLINIQUE MEDICO
CHIRURGICALE LONGCHAMPS
4, Boulevard Ghandi - Casablanca
Tél : 05 22 04 07 07 - Fax : 0522 94 89 39

Docteur Mohamed Slaoui

Spécialiste
en Hépatologie - Gastro - Entérologie
et Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE DIAGNOSTIQUE ET
INTERVENTIONNELLE
ECHOGRAPHIE



الدكتور محمد السلاوي

إختصاصي في أمراض المعدة والأمعاء
والكبد و البواسير
علاج وجراحة أمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca, Le 10/12/20 في الدار البيضاء،

Mr Boulik Sanchez

NOT D'INTERPRETER

1/2 casyle
4

9 3000\$

230
celm
msa

9
4000\$

7000\$

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste Hépatologie - Gastro - Entérologie
et Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya, Angle Bd. Abdelmoumen 2^{ème} Etage - Imm. Fiat - Jeep - Quartier des Palmiers - Casablanca - MAROC
Tél: 05.22.23.78.83 - Tél.Fax: 05.22.25.99.87

Casablanca, le 14/12/2020

I - BOUNAÏH SIDA

26.00

II - SUCRID 1000

1/2 1/2

III - APOZ 0.140

1/4 0 1 1

99.00

III - INEVO 4040

30.50
10/1 ARGO 1000
1 0.50 0.50 0.50 0.50

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél 05 22 97 40 65

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél 05 22 97 40 65

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél 05 22 97 40 65

مختار و عرب

ARGO

Suspension buvable 250ml



6 118000 091059

LOT : 2917
UT.AV : 08-23
P.F.V : 30DH50

Ineso 40 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique



6 118000 410461

Deva

صنادي مسؤول
طريف

Sulrid®

Sulrid® 50 mg
20 Comprimés



6 118000 130383

50 mg | **20**
COMPRIMÉS

GENIPHARMA

Handwritten text in Arabic, possibly a date or reference number, including "2022" and "14/08/2022".

Docteur Mohamed Slaoui

Spécialiste
en Hépat - Gastro - Entérologie
et Proctologie Médico-Chirurgicale
ENDOSCOPIE DIAGNOSTIQUE ET
INTERVENTIONNELLE
ECHOGRAPHIE

**الدكتور محمد السلاوي**

إختصاصي في أمراض المعدة و الأمعاء
و الكبد و البواسير
علاج وجراحة أمراض المخرج
التشخيص بالمنظار الباطني
الكشف بالموجات فوق الصوتية

Casablanca, Le10/12/2020..... في الدار البيضاء،

echographie abdominale**BOUHAÏK Saida****Indication**

VERTIGES ET VOMISSEMENTS

HERNIE HIATALE CONNUE/ GENE A LA DEGLUTITION ET DYSPHAGIE

Examen

Foie d'echostructure homogène, de contours réguliers, de taille normale ; on ne retrouve pas d'image focale en son sein ; il n'y a pas de dysmorphie ;

Vésicule biliaire non vue

Voie biliaire principale fine, elle est apparemment libre ;

Les voies biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatées, les veines sus-hépatiques sont de répartition et de morphologie normale ;

Le TP est mesuré à 10 mm, de calibre normal, libre,

La rate est d'echostructure homogène, de taille normale, mesurée à 105 mm dans son grand axe ;

Les reins sont de taille normale, avec une bonne différenciation cortico-médullaire, il n'y a pas d'image de lithiase ni d'hypotonie des calices ;

Le pancréas est bien exploré, paraît échographiquement normal, pas de dilatation du WIRSUNG

Il n'est pas détecté d'adénopathies profondes,

Il n'y a pas d'ascite dans le cul de sac de DOUGLAS, ni dans l'espace inter-hépat-rénal de MORISSON

A noter un épaississement hypoéchogène de la paroi gastrique mesuré à 6/7mm environ

Conclusion

Echographie abdominale normale, en dehors d'un discret épaississement de la paroi gastrique

A compléter par une fibroscopie et l'avis de l'ORL

Docteur Mohamed Slaoui
Spécialiste: Hépat - Gastro - Entérologie
Proctologie Médico - Chirurgicale
ENDOSCOPIE - ECHOGRAPHIE
82, Rue Soumaya, Angle Bd. Abdelmoumen 2^{ème} Etage - Imm. Fiat - Jeep - Quartier des Palmiers - Casablanca - MAROC
Tél.: 05.22.23.78.83 - Tél.Fax : 05.22.25.99.87
E-mail : slaouimed.doc@gmail.com • Urgence : 06 38 97 17 18