

# 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.

M22- 0053813

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

5242

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Veuve M1 Baghia  
Bouhssak Saida Veuve Baghia

Date de naissance :

16/17/1955

Adresse :

64 lot 1 islamia sidi maaoui casa

Rue 18

Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 2015,90 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 : ..... Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## 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.

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها								
Établir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.								
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).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (صفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).								
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.								
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.								
La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS 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.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.								
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.								
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.								
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصرّف كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.								
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.								
<table border="1"> <tr> <td>Cachet et signature de la mutuelle</td> <td>توقيع وطابع التعاقدية</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Identification de l'agent .....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Date de dépôt du dossier : .....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">تاریخ الإيداع : .....</td> </tr> </table>		Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاقدية	Identification de l'agent .....		Date de dépôt du dossier : .....		تاریخ الإيداع : .....	
Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاقدية								
Identification de l'agent .....									
Date de dépôt du dossier : .....									
تاریخ الإيداع : .....									

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض
Feuille de Soins Maladie		Assurance Maladie Obligatoire
N° Bordereau :	N° Dossier :	مرجع رقم 1.1.01.01
خاص بالمؤمن له (لها)		
الإسم العائلي والشخصي : .....		
رقم الانخراط : .....		
رقم التسجيل : .....		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....		
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *		
العنوان : .....		
Comptoir	زوج	ابن
Montant des frais :	Drهم	Dhs
نوع المصاريف : .....		
عدد الوثائق المرفقة : .....		
تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاج		
الإسم العائلي والشخصي : .....		
تاريخ الإيداد : .....		
رقم بطاقة التعريف الوطنية : .....		
الجنس *:		
تعريف الطبيب المعالج		
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :		
نوع العلاجات :		
تم تقديم الظرف المغلق *: <input checked="" type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Non		
تاريخ الحمل :		
التاريخ المرتقب للولادة :		
تاريخ الاستشارة :		
تاريخ الحادث :		
أسباب الحادث :		
أشد بصفة كل ما ذكر أعلاه		
يatteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant		
Fait à : .....		
le : .....		
Signature de l'assuré .....		
أشطب العانة *		
Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins		
INP : Identification Nationale du Praticien		
* Cocher la mention utile pour chaque case		

SIM - 10

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

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
٠٢/١١/٢٠٢٢ ١١١٥.٩٥	<b>Pharmacie AL ABE</b> <b>Dr. Sama CHRAIBI</b> 48, Lot Al ABE Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65
	<b>Pharmacie AL ABE</b> <b>Dr. Sama CHRAIBI</b> 48, Lot Al ABE Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65
	INP : <b>NPE:092003029</b>

INP : INPE:092003029

INP:

INP:

Actes Paramédicaux

CIM - 10 : Classification internationale des maladies - dixième révision

Accueil > Application > assure app

[/portailapps/www/index.php/assures/auth/identification](#) [Remboursements](#) [Prises en charge](#) [Immatriculation](#) [Menu ▾](#)

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	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
	63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours	BOUHAIK SAIDA	849,00	160,00	20,00	180,00



MME BOUHAIK SAIDA  
NO 64 LOT ESSALAMA HAY  
FLOURIDA 5  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 77743712 Date et heure : 30/11/2022 14:04  
Nom et prénom Assuré : BOUHAIK SAIDA  
Immatriculation : 95771405 / 090238844  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90129  
Valeur en Dirhams : 2.015,90 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE244  
Nom Etablissement :

Adhérent : 090238844   Benef : 01   BOUHAIK SAIDA

Date.Déc.: 01122022 Num décompte : 9MGE4210075      Décomptes adhérents

P038TPV6   P038TDV6

6/12/22

09      MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR.      CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

Nat.s: A   Mod.p: V PS      Dest.r: 090238844 BOUHAIK SAID

Soins.: 04112022 - 04112022 Arrivée: 30112022 Compos.: 77743712

Orig: SA09   Réf RO: N° 95771405      G.Rég. 02   Caisse 06   Centre 0000

Acte   Dépense   Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

R400   900,00   1,00   650,00   80   85   520,00   34,66

PH   790,90   1,00   790,90   100   86   790,90

PHO   325,00   1,00   247,20

Part complémentaire réglée le : 01.12.22

Fin

..Totaux..      ..Remb.R.O..   ..Remb.R.C..   .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 3      1310,90   34,66   1345,56

Paie. et édit. dest. : 5122022 5122022

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5, rue Mohamed Abdou CASABLANCA**  
**Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89**  
**Fax : 0522.22.62.97**  
**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**CASABLANCA Le 04/11/2022**

**Mme BOUHAIK Saida**

**ECHO CARDIAQUE ..... 900,00DHS**

**Arrêtez la présente facture à la somme de 900.00DHS**

*Dr. EL MAKHLOUF*  
Professeur Agrégé Cardiologue  
5 Rue Med. Abdouh - Casa  
Tel: 0522238155/59 - 0522472689

**EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA**  
**0522238181**  
**DR EL MAKHLOUF 0661131483**

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

**5 rue Mohamed Abdou**

**CASABLANCA**

**Tél. : 0522 29 81 55/59 ou 0522 47 26 89**

**Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97**

**GSM cabinet : 06 78 18 18 16**

**Casablanca, le 4 Novembre 2022**

MME Saida BOUHAIK

138.10  
1 - PRESAR 100 mg:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

30.70  
2 - KARDEGIC 75 mg :  
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

123.60  
3 - INEXIUM 40 mg:  
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRET

57.80  
4 - LDNOR 10 mg:  
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

84.00 x 2  
5 - CARDIX 25 mg  
1 CP APRJOUR SANS ARRET

114.00 x 2  
6 - DOLIPRANE 1000MG  
1 Comprimé SI DOULEUR

131.60  
7 - SEPCEN 500 mg  
1 CP, Matin ET SOIR X 07 J

170.00  
8 - CEFICO 200 : 1 cp/j

Pharmacie AL ABE  
Dr. Sami CHRAIBI  
48, Lot. Agadir  
Sidi Abdou Casablanca  
Tél. 05 22 97 40 65

Pharmacie AL ABE  
Dr. Sami CHRAIBI  
48, Lot. Agadir  
Sidi Abdou Casablanca  
Tél. 05 22 97 40 65

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
5, Rue Med. Abdou - Casablanca  
Tél. 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

1115.90

**TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE  
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :**

**05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54**

**OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83**



<b>Sanlam</b>	Date : N° CIN ou PPR Bureau d'ordre : Maroc
Montant des frais engagés : <i>200.000</i>	
N° : 70147084 Convention : <i>30</i>	
Type de dossier : <i>30</i>	
Date des soins :	

**PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF**  
**Cardiologie adulte et pédiatrique**  
**Explorations Cardio-vasculaires**

5, rue Mohamed Abdou **CASABLANCA**  
 Tél. : 0522.29.81.55 / 59 ou 0522.47.26.89  
 Fax : 0522.22.62.97  
 GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 04.11.2022

**Mme BOUHAIK Saida**

**ECHO DOPPLER CARDIAQUE**

Dim.vgtd= 45

Dim.vgts= 25

Ep.ppvgtd= 7

Siv td= 10

Dim.racine ao= 32

Dim.og.= 34

Ouv.sigm.ao= 20

**Commentaires:**

Oreillette gauche peu dilatée à 21cm<sup>2</sup>

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale

Fonction ventriculaire gauche normale

Fraction d'éjection Simpson =65%

**Mitrail:**

Micro fuite mitrale

Le rapport E/A < 1 m/s avec l'onde E = 0.68m/s.

**Aorte:**

Pas de sténose ni fuite.

La Vmax = 1.02m/s.

**Tricuspid:**

Insuffisance tricuspidienne grade 1

La pression artérielle pulmonaire systolique calculée à partir de l'IT est à 30 mmHg.

**Conclusion:**

**Micro fuite mitrale**

Oreillette gauche peu dilatée à 21cm<sup>2</sup>

Oreillette droite normale

Ventricule gauche de taille normale

Fonction ventriculaire gauche normale

Fraction d'éjection Simpson =65%

Absence d'hypertension artérielle pulmonaire.

**N.B : Carotides libres**

*Dr. EL MAKHLOUF Ali  
 Professeur Agrégé Cardiologie  
 5, Rue Med. Abdouh - Casa  
 Tél: 05 22 26 81 55 / 59 - 05 22 47 26 99*