

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0053813

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bouhaik Saïda Veuve Bagher
Date de naissance : 16/12/1955
Adresse : 64 lot Alsalama sidi marouf casa
Rue 28
Tél : 0641734174 Total des frais engagés : 2015,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
Nom et prénom du malade :
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

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

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Établir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 (وصفات 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 المشتراة وأثمتها 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 التعاضدية 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 تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقا 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 لمنظمت 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: 2015/09/20



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 R6f ANAM

N° Bordereau:

N° Dossier:

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom: Bouhaak Saïda
N° d'Affiliation: 218103148
N° Immatriculation: 0152771114105
N° CIN: B13411018
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) *
Comjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
Adresse: ou lot Assalamo, sidi mouch
can Rue 29
Montant des frais: 2015,90 Dhs
Nombre de pièces jointes: 3P
تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom: Dr. EL MAKHLOUF Ali
Date de naissance: 29/05/59 - 05 22 47 26 88
N° CIN: 3811111111
Sexe: M ☐ ذكر ☐ F ☐ أنثى
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي:
تاريخ الزيداد:
رقم بطاقة التعريف الوطنية:
الجنس: *

Identification du médecin traitant
N° INP: 091057851
Type de soins: Maladie
Pli confidentiel remis: ☐ OUI ☐ Non
Date de grossesse:
Date prévue d'accouchement:
Date d'hospitalisation:
Date d'accident:
Causes:
تم تقديم الطرف المغلق: *
تاريخ الحمل:
التاريخ المتوقع للولادة:
تاريخ الاستشفاء:
تاريخ الحادث:
أسباب الحادث:

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant
Fait à: Casa
le: 2015/09/20
Signature de l'assuré: Bouhaak Saïda
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables
Fait à: Casa
le: 2015/09/20
Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins: Dr. EL MAKHLOUF Ali
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et signature de la mutuelle

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

* أشطب الخانة

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/auth)
 Mon Compte
 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		BOUHAÏK SAÏDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	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		BOUHAÏK SAÏDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAÏK SAÏDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 jours		BOUHAÏK SAÏDA	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		BOUHAÏK SAÏDA	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		BOUHAÏK SAÏDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 jours		BOUHAÏK SAÏDA	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		BOUHAÏK SAÏDA	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		BOUHAÏK SAÏDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 jours		BOUHAÏK SAÏDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69
63505304	17/09/2020	Payé en : 32 jours		BOUHAÏK SAÏDA	849,00	160,00	20,00	180,00



MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
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 :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BOUHAÏK SAÏDA

/ 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'ÉDUCA 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

PH0 325,00 1,00 247,20

Part complémentaire réglée le : 01.12.22

Fin

..Totaux.. ..Remb.RO.. ..Remb.RC.. .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 BOUHAÏK Saida

ECHO CARDIAQUE 900,00DHS

Arrêtez la présente facture à la somme de 900.00DHS

Ali EL MAKHLOUF
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 23 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89

EN CAS D'URGENCE APPELÉZ 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 BOUHAÏK

- A38.10
1 - PRESAR 100 mg:
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE MATIN
- 30.70
2 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois
- A23.60
3 - INEXIUM 40 mg:
1 PAR JOUR LE SOIR SANS ARRÊT
- 57.80
4 - LDNOR 10 mg
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRÊT
- 89.00 x 2
5 - CARDIX 25 mg
1 CP APR JOUR SANS ARRÊT
- 14.00 x 2
6 - DOLIPRANE 1000MG
1 Comprimé SI DOULEUR
- A31.60
7 - SEPCEN 500mg SPECTRUM
1 CP, Matin ET SOIR X 07 J
- 170.00
8 - CEFICO 200 : 1 cp/j

Pharmacie AL ABE

Dr. Samir CHRAÏBI

48, Lot. ...
Sidi Maârouf Casablanca
Tél : 05 22 97 40 65

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

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

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

6 118000 081937
Spectrum 500
Comprimés 20 Comprimés

LOT 202810
EXP 11 22
PPV 170.00

CEFICO
200mg
Boîte de 16
Comprimés pelliculés
42604000811 9
42604000811 9

Doliprane 1000
PARACÉTAMOL
10 comprimés
26040000811 9

PPV:14DH00
PER:11/23
LOT:83317

6 118000 040972
Doliprane 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 Comprimés

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

PPV:138DH10
PER:07/25
LOT:12451

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6 118000 041337

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubier benou el souam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boîte 14
641150MP21NRO
P.P.V.: 123.60 DH
LOT: 226005
PER: 03 2024

6 118001 020607
641150MP21NRO
P.P.V.: 123.60 DH
Boîte 14
40 mg
Cpr GR
INEXIUM
22 rue zoubier benou el souam roches
noires casablanca
SYNTHEMEDIC

CARDIX 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582
28 Com

LOT: 226005
PER: 03 2024
KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V.: 300 DH
6 118000 061847

28 Com
CARDIX 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582

 Sanlam Bureau d'ordre N° : 70147084 30	Date :
	N° CIN ou PPR :
	Montant des frais engagés :
	Convention :
Type de dossier :	
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 BOUHAÏK Saida

ECHO DOPPLER CARDIAQUE

Dim.vgtd= 45
 Dim.vgts= 25
 Ep.ppvgt= 7
 Siv td= 10
 Dim.racine ao= 32
 Dim.og.= 34
 Ouv.sigm.ao= 20

Commentaires:

Oreillette gauche peu dilatée à 21cm²
 Oreillette droite normale
 Ventricule gauche de taille normale
 Fonction ventriculaire gauche normale
 Fraction d'éjection Simpson =65%

Mitrale:

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 tricuspidienn 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 21cm²
 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 M. Abdouh - Casa
 Tél: 05 22 29 81 55 / 59 - 05 22 47 26 89