

# 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 52 U2

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Yme Boulekt Saida veuve Baghous

Date de naissance : 16/17/1955 femme

Adresse : 64 lot A Salama Sidi Mousa

CP : 10000 Rue 28

Tél. : 0661734174

Total des frais engagés : 5606 Dhs 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 : Casablanca 07 SEP 2023

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
<b>D</b>	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 12 numbered teeth (1 through 12) arranged in a curve. A coordinate system is overlaid on the arch, with the horizontal axis pointing left (D) and right (G) and the vertical axis pointing down (B). The teeth are numbered as follows: 12, 11, 10, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1. The teeth are represented by circles with numbers inside, and the arch is a continuous curve connecting these points.

**[Création, remont, adjonction]**  
onctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## Royaume du Maroc



Source d'édition : 21/07/2022 14:07:15

5.0.5.0

MME BOUHAÏK SAÏDA

NO 64 LOT ESSALAMA HAY

#### **FLORIDA S**

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRA

20000

## Accusé de Réception



N° de Dossier :

75419109 Date et heure : 21/07/2022 14:07

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BOUHAIK SABA

Type de dossier :

## FEUILLE DE SOINS

#### Lieu de réception :

CAESAR'S SIEGE 80444

### Values on Diseases

1-222-EC

Figure 11.11

MATERIALS AND METHODS

Agent de réception : 01020202

**NON Etablissement :**

## 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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

**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

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 الممارسيين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأذمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتهي 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصرفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

### توقيع و طابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tari... el... : .....



N° Bordereau : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : Boulhik Saida

980368

771405

3341018

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  Enfant  ابن  ابنة

العنوان : 64 lot Assolane, Sidi mohamed

Rue 28

Montant des frais (Dhs) : 500 dhs

Nombre de pièces jointes : 4

### Déclaration du médecin traitant

#### Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : Bou... A... C...

Date de naissance : 11/11/1940

N° CIN :

Sexe\* :  انتي  ذكر  F

### Identification du médecin traitant

N° INP : 091032928

Type de soins : AMBULATOIRE

Admission ALD\* : Oui

N° dossier ALD\* : 1111111111111111

Code ALD : 3341018

Soins ambulatoires\*  علاجات خارجية\*  Pli confidentiel remis\* : Oui  Non

Hospitalisation\*  استشفاء\* Date d'hospitalisation : 21/07/2022

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

Fait à : Casa حرب : .....

le : 20/10/2022 في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e) Raf

الرقم الوطني للإشتراك في التأمين على المرض

نوع العلاجات

تاريخ الإيداع

رقم بطاقة التأمين الاجتماعي

الجنس\* :

نوع المرض المزمن

رقم المرض المزمن

CASABLANCA

تم تقديم الطرف المتعاقب

نوع العلاجات

تاريخ الاستشفاء

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa حرب : .....

le : 24/01/2022 في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

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

أشطب الخاتمة

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01  
مراجع رقم

### **description des actes effectués**

## وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعمونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ Date d'exécution	النوع المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
14.07.2022	5600.-	 <p><b>LZ OPTICAL</b> OPTICIEN - OPTOMETRISTE Rond Point Farah Damm, Lot Al Azhar, SIDI KACIR, Bât 1 - Mag 4 - Casablanca Fix : 05.22.69.11.78</p>
21.05.2022	<p>LAKLALECH ZAKARYAA INPE: 095029609</p> <p>156.70</p> <p>INPE:092003029</p>	<p>Pharmacie A. ABI Dr. Sana CHAABI 48 Lot Es Salama Sidi Maârouf Casablanca Tél 05 22 87 40 40</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

Actes Paramédicaux

عملات المساعدتين الطبيتين

# CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحلو صباح  
Dr MBARECHE LAHLOU Sabah  
Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Chirurgie Oculaire  
Lentilles de Contact  
Laser - Angiographie

INP : 091098152



001625125000060

طب العيون



Casablanca, le

24/5/2022

الدكتور لحلو نور اليقين  
Dr LAHLOU Nourelyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômé du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Ancien Médecin Chef et Chef de Service  
à l'Hôpital Omar Idrissi Fès  
Chirurgie des Paupières et annexes  
Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



001626216000091

Barak Saida

66.00  
- VIS RELAT x collyre  
1 jette 3-4 fois/

90.20  
- opatanol collyre: 1 jette 2 fois/1/2m

T = 156.70

Pharmacie ABE  
Dr. Sana El AIBI  
46, Lot. Laamna  
Sidi Maârouf Casablanca  
Tel. 05 22 47 49 66



124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120

près de MARJANE ACIMA Liberté, L'OREAL et Maison VOLVCO

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahlou.nourelyakine@menara.ma

# CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحلو صباح

Dr MBARECHE LAHLOU Sabah  
Maladies et Chirurgie des Yeux

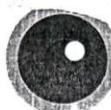
Diplômée du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Chirurgie Oculaire  
Lentilles de Contact  
Laser - Angiographie

INP : 091098152



00162512500060

طب العيون



الدكتور حللونور اليقين

Dr LAHLOU Nourelyakine

Maladies et Chirurgie des Yeux

Diplômée du CES d'Ophtalmologie  
Université de Montpellier France  
Ancien Médecin Spécialiste au  
C.H.U. Ibnou Rochd Casablanca  
Ancien Médecin Chef et Chef de Service  
à l'Hôpital Omar Idrissi Fès  
Chirurgie des Paupières et annexes  
Chirurgie des Voies lacrymales

INP : 091032979



00162621600091

Casablanca, le 24/12/2022

→ Béchir Sora

Rm 6200. → HCL + uniture

00. (91°, -0,75) + 1,75 - 75° surface

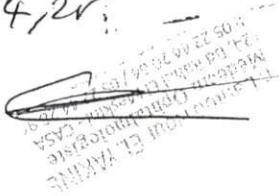
0° (25°, -0,25) + 1,75 - 75° surface

→ HCL + 2,75

2. (85°, -0,75) + 1,75

2. (25°, -0,25) + 1,75

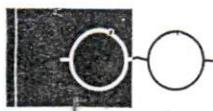
**LZ OPTICAL**  
OPTICIEN OPTOMETRISTE  
Rond Point Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier Benjdia Casablanca  
S1FB 3, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Fix : 05.22.69.11.79



124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier Benjdia Casablanca, CP : 20120

près de MARJANE ACIMA Liberté, L'OREAL et Maison VOLVO

Tél. : 05 22 44 20 64 / 05 22 45 20 64 Tél. fax : 05 22 44 28 94 - E-mail : lahlou.nourelyakine@menara.ma



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 09748

Casablanca le : 11.07.2022

Mme/Mr :

Dr :

VL

OD : (95 - 25) + 176

OG : (115 - 25) + 176

Monture

optic

Adou

DH

VP-Add

OD :

} + 176

OG :

Verres

progressif

1/000

DH

Total à payer: 5300 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq mille deux cent

045

Cachet et signature

LZ OPTICAL  
OPTICIEN - OPTOMETRISTE  
Rond Point Farah-Salam, Lot Al Azhar,  
S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca  
Tél : 0522 69 11 79

Rond Point Farah-Salam, Lot Al Azhar, S1 FB 5, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca

Tél.:0522 69 11 79 - Email : optic.farah.salam@gmail.com

RC n° : 516327 - Patente : 36002555 - IF :47258415 - ICE : 002902171000020 - INPE : 095029609