

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- 0053790

174397

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 52112

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0641734174

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 9/9/2023

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

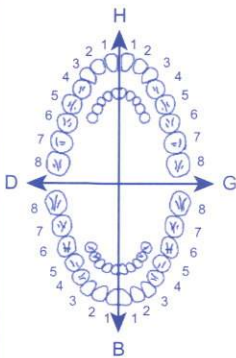
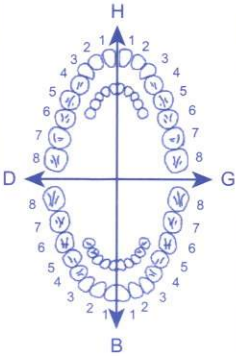
[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D ————— G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100%;" type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100%;" type="text"/>	
					DATE DU DEVIS <input style="width: 100%;" type="text"/>
					DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100%;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



5.0.5.0

MME BOUHAÏK SAIDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :	75419109	Date et heure :	21/07/2022 14:07
Nom et prénom Assuré :	BOUHAÏK SAIDA		
Immatriculation :	95771405 / 090238844		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	BOUHAÏK SAIDA	/ 01	
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS		
Lieu de réception :	CASA SIEGE 90141		
Valeur en Dirhams :	1 222,50	Nombre de pièces :	6
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE188
Nom 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 un 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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمي 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة 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 طبقا للمسطور 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 التعااضدية

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
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : Bouhac Saida الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 980348 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 771405 رقم التسجيل :

N° CIN : 3344048 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : 64, rue Amaloua, Sidi M'hammed, Casablanca العنوان : Rue 28

Montant des frais (Dhs) : 5606 dhs مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 4 p. عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Bouhac Saida المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Bouhac Saida الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 22/04/1979 تاريخ الميلاد :

N° CIN : 3344048 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ذكر F أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 97163292P الرقم الوطني الاستدلالي :

Type de soins : Oui نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui قبول العرض

N° dossier ALD* : 21 JUL 2022 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : 20305000 رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : Oui تم تقديم الطرף العلق

Hospitalisation* : Oui تاريخ الاستشفاء

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casa حرر ب :
le : 20/07/2022 في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature de l'assuré (e)
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 الخانة

CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لولو 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 لولونور اليقين
Dr LAHLOU Nourellyakine

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

Boothak Saida

26.00
- VIS RELAX collyre

1 gtt 3-4 fois / j

90.70
- OPATANOL collyre: 1 gtt 2 fois / j / 2m

TE 156.70

Pharmacie EL ABE
Dr. Sana EL ABE
46, Lot. L'Annam
Sidi Maârouf Casablanca
Tél 05 22 97 40 65



Lot:
Exp:



Opatanol®
1 mg/mL, collyre en solution

124, Bd Rahal el Meskini, 5ème étage, Quartier benjdia Casablanca, CP : 20120
prés 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.nourellyakine@menara.ma

CABINET MÉDICAL D'OPHTALMOLOGIE

الدكتورة مبارش لحو 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



الدكتور لحونور اليقين
Dr LAHLOU Nouredine
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

Casablanca, le 24/1/2022

7 → Back Hair Soda

Dm Glau. a HvC + mixture

$\circ p^{\circ} \quad (9r^{\circ}, -o, 7r) + 1, 7r$ — $g w f r$

$\circ g^{\circ} \quad (2r^{\circ}, -o, 2r) + 1, 7r$ — $s e l i t y f a c$

— $p e l k i h u$

— $S l u m e$

$\rightarrow (95^{\circ} - 0,75) + \frac{1}{2}, 2V$

$$f: (25, -9, 21) \neq 4, 21$$

LZ OPTICAL
OPTICIEN - OPTOMETRISTE
Rond Point Rafan, Salang, Y. of Al Azhar,
STFB 3, Bat. 1 - Mag 4 - Casablanca
Fix : 05.22.69.11.79

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

prés 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.no.uryakine@menara.ma



LZ OPTICAL

OPTICIEN - LUNETTIER - CONSEILS VISAGISTE

Facture N° : 09748

Casablanca le : 14.07.2022

Mme/Mr :

Dr :

VL

OD : (95 - 75) + 1.75

OG : (95 - 75) + 1.75

Monture

optic

1200

DH

VP-Add

OD :

OG : } + 2.75

Verres

progressif

4000

DH

Total à payer : 5900 DH

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

dh

Cachet et signature

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

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