

## 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

M23-0029214

174421

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve Baghou

Nom & Prénom : Bouhach Souley Veuve Baghou

Date de naissance : 16/7/1995

Adresse : 64 lot 1 Malmaison Sidina

Tél : 0641734174

Total des frais engagés : 1500 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.

Le : 21/9/2023

Le : / /

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.

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



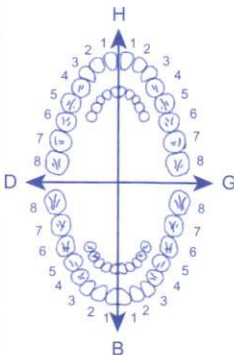
[illegible][illegible][illegible][illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

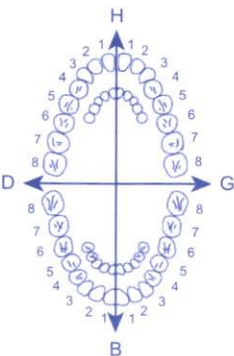
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

### Important :

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE	
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>D</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>  <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"> 25533412 00000000  00000000 35533411 </div> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>  <div style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></div> </div> </div> <div style="text-align: center; margin-top: 5px;"> <b>B</b> </div>	CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	
		MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
		DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

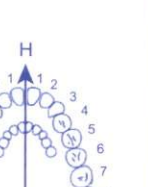
VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

[illegible]

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	<p>H</p> <table style="margin: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	<p>COEFFICIENT DES TRAVAUX</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	D	G										
	00000000	00000000										
35533411	11433553											
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	<p>MONTANTS DES SOINS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>											
	<p>DATE DU DEVIS</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>											
	<p>DATE DE L'EXECUTION</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>											

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir 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 le praticien 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 وأتمنتها 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 ya 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 الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي 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.

الاحتمار 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 لمنظمات الاحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع:



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإلزامي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

Bouhark Saida épouse Baghou

N° Affiliation :

218103148

N° Immatriculation

01577114195

N° CIN :

213410418

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

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint ☒ زوج

Enfant ☐ ابن

Adresse :

Cyber Mediatel Saida maaoui

Montant des frais :

15000 Dhs درهم

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Bouhark Saida

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

M ☐ ذكر

F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

Type de soins

Maladie\* ☐ مرض

Maternité\* ☐ أمومة

Hospitalisation\* ☐ استشفاء

Accident\* ☐ حادث

Pli confidentiel remis\* ☒ Oui ☐ Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Fait à :

le 08/08/2013

في 08/08/2013

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أشهر بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à :

le 08/08/2013

في 08/08/2013

توقيع وطابع الطبيب المعالج

Cachet et signature de l'agent de l'assurance



[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الـشــمـن المـفـوتـر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
	INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	

[illegible]

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



Accusé de Réception



N° de Dossier : 82456558 Date et heure : 11/08/2023 11:36  
Nom et prénom Assuré : BOUHAÏK SAÏDA  
Immatriculation : 95771405 / 090238844  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAÏK SAÏDA / 01  
Type de dossier : DOSSIERS SOUMIS AU CM  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90140  
Valeur en Dirhams : 1 500,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE161  
Nom Etablissement :

**Kinésithérapeute Imane El Mokrie El Idrissi**

CASABLANCA le 07/08/23

**FACTURE N°:2023143**

NOM: Bouhaik

PRENOM: Saida

DIAGNOSTIC: Dorsalgie + Lombalgie

NOMBRE DE SEANCES: 10 séances

PRIX DE LA SEANCE: 150 DHs

COTATION: AMMG

PRIX DES SEANCES: 1500 DHs

Arrêter le présent facture à la somme de 1500 DHs

EL MOKRIE EL IDRISSE IMANE  
KINESIOTHERAPEUTE  
Signature  
Riad Sofia Entrée N° 1 Imm. 3 Apt. 1 - Casablanca  
Tél.: 0522 65 58 07 / 06 22 64 53 31  
Rc: 329309 - Patente: 36091781  
ICE: 03167095110000



2023

Jour	Date	Heure	
1	Mardi	18/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
2	Jeudi	20/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
3	Samedi	22/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
4	Lundi	24/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
5	Mardi	26/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
6	Vendredi	28/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
7	Lundi	31/07 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
8	Mardi	02/08 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
9	Vendredi	04/08 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
10	Lundi	07/08 à 10 h 00	<input checked="" type="checkbox"/>
11		/ à h	<input type="checkbox"/>
12		/ à h	<input type="checkbox"/>

13	/ à h	<input type="checkbox"/>
14	/ à h	<input type="checkbox"/>
15	/ à h	<input type="checkbox"/>
16	/ à h	<input type="checkbox"/>
17	/ à h	<input type="checkbox"/>
18	EL MOKRIE EL IDRISSI MANE	<input type="checkbox"/>
19	KINESI-ERAPETITE	<input type="checkbox"/>
20	Miao Sofia Entree N / 1000 200pt. h. salanca	<input type="checkbox"/>

Tél: 0522 65 98 07 / 06 22 64 73 31  
 RC: 329509 - Patente: 3009 781  
 ICE: 001570995000005

