

## 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.



## Déclaration de Maladie

N° W21-818891

A 75539

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6272	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAW			
Date de naissance : 25/06/1959			
Adresse : Résidence IMMOURN "A" Immatriculé au 1 <sup>er</sup> étage lot 1bn 1CHALDOUNE Hay IMMOURN CASABLANCA			
Tél. : 06 88 11 86 23	Total des frais engagés : 250,- Dhs		

Autorisation CNPD N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	<b>COMPLEMENT</b>
Date de consultation :	/
Nom et prénom du médecin :	SOUGRATI NEERA
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même
Nature de la maladie :	
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
Signature de l'adhérent(e) :	J. B. H.
Le : 17/09/2023	



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

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
				DR : _____

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOPHARMACIES**

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Digitized by srujanika@gmail.com

### **Important**

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANT DES TRAVAUX
				DETACH. DES PROTHESSES
				DETACHEMENT
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	H	COEFFICIENT DES TRAVAUX
			D E G	MONTANT DES TRAVAUX
		[Creation, remont, adjonction]	B	DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

1054 ET S'ADAPTER AU PRATICIEN ATTESTANT - EXEMPTION

### 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 précéde.

Cachet et signature de la mutuelle	Signature et tampon de l'assuré
Identification de l'agent	
Date de dépôt du dossier	

### تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج تحصص الاشعة أو المحبتين).

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف المعارضين على كل ورقة علاج.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأئمتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الابتدائية 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 تعريض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الطبية المرجعية

الاحفاظ الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغطية.

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

حتى التغطیص من طرف الصندوق الوطني لم RETM الاحتفاظ الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره



### ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الاجتماعي عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM : 1.1.01.01  
مرجع رقم

N Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (4)

الاسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

SOUGRATE ASma

185 717

832 606 284

J 1983 16

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

Conjoint زوج Enfant ابن

adresse : Hay Layouna résidence Layoun A appartement 4, Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 280 DHS

Nombre de pieces jointes : 1

### Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدحام :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس :

SOUGRATI ASma

24/11/1964

J 1983 16

M ذكر ابنة

### Identification du médecin traitant

Dr. AIRAR YOUSSEF

Dr. AIRAR YOUSSEF

نوع العلاجات

N INP

### Type de soins

Maladie \*

grossesse \*

Non

Maternité \*

amende \*

Hospitalisation \*

asthme \*

Accident \*

choc \*

maladie

أصرح بصحة كل مذكرة أعلاه.

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à :

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

A. SOUGRATI

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

Dr. AIRAR YOUSSEF

le : 05/08/2016

Signature de l'assuré (e)

B. SOUGRATE

</div

**description des actes effectués**

صف العمليات المجرأة

CIM - 10

برد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المموجة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

ناريع المصادقة Date d'exécution	الцен المفروض Prix facture	توقيع و طابع المستلم أو موئن المنشئات الطبية Signature et l'achet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

معلومات المساعدتين العظيمتين



Date d'édition : 15/08/2023 11:22:24

MME SOUGRATI ASMA  
LOT IBN KHALDOUN 2 RES  
LAIMOUNE 01 APPT 04  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

82474693

Date et heure : 15/08/2023 11:22

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

250,00

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :



MME SOUGRATI ASMA

LOT IBN KHALDOUN 2 RES

LAIMOUNE 01 APPT 04

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

82474693

Date et heure : 15/08/2023 11:22

Nom et prénom Assuré :

SOUGRATI ASMA

Immatriculation :

93606284 / 090127263

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SOUGRATI ASMA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA 90171

Valeur en Dirhams :

250,00

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MCE489

Nom Etablissement :

AMO



Ma Situation

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 2

EN COURS DE TRAITEMENT 4

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 2

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	6 510,91	3 609,60	487,39	4 096,99
82474801	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	1 948,40	1 410,00	39,99	<b>1 449,99</b>
82474693	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	250,00	120,00	5,00	<b>125,00</b>
82474630	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	888,30	208,40	32,10	<b>240,50</b>

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

Assistance Médicale à la Procréation (Fécondation-In-Vitro) - Néonatalogie

URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24

DATE : 05/08/2003

NOM ET PRENOM : Mme ..... SOUAGRITI ASMA .....

NOTE D'HONORAIRE

MEDECIN: ..... Dr AIBAR .....

HONORAIRE: ..... 1000 DHS .....

CLINIQUE : ..... Sejour DHS .....

FRAIS SIMPLES : .....

ECG : .....

PERIDURALE : .....

MONITORING : .....

CLINIQUE Les Iris  
Bibliothèque  
13, Place du Nid d'Iris  
Quartier Rachidia - Casablanca  
Télé: 05 22 39 25 30 / 31 - Fax: 05 22 39 25 33  
R.C.P. 05 22 39 25 30 - C.R.C. 05 22 39 25 31  
R.C.B. 05 22 39 25 32 - C.R.B. 05 22 39 25 31  
T.P: 35710303 - T.V.A: 706119 - CNSS: 2096487 - I.F: 01001000 - I.C.E: 000084316000066

WWW. cliniquelesirs.ma

MEDECIN TRAITEMENT  
Dr. AIBAR  
Anesthésiste - Réanimateur