

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.

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 Aïtal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïtal 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

N° W21-818891

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6272 Société : RAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BOUTIBA HASSAN
 Date de naissance : 25/06/1959
 Adresse : Résidence Lymourne "A" n°4 1er Étage
 Lot 1 km 1 km au sud de Hay Lymourne CASABLANCA
 Tél. : 06 88 11 86 23 Total des frais engagés : 250,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

COMPLEMENT

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : SOUGRATI NSMA Age : 60
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 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 Le : 17/07/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض ولكل حدث

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج تحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدائها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المعسوفة 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.

توقيع وطابع التعاقدية	Cache et signature de la mutuelle
تاريخ الإيداع	Date de dépôt du dossier
Identification de l'agent	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
N° 10101
مراجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **SOUGRATI Asma** الاسم العائلي والشخصي
N° Affiliation : **185 717** رقم الانخراط
N° Immatriculation : **932 606 284** رقم التسجيل
N° CIN : **8 1983 16** رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint** علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له
Adresse : **Hay Laymon, résidence Laymon A, appartement 4, Casablanca** العنوان
Montant des frais (Dhs) : **250 DHS** مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : **1** عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SOUGRATI Asma** المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **SOUGRATI Asma** الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance : **24/11/1964** تاريخ الميلاد
N° CIN : **8 1983 16** رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe : **M** الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091003566** الرقم الوطني الاستدلالي للممارسين
Type de soins : **Maladie** نوع العلاجات
Maladie : **مرض** تم تقديم الطرف المغلق : **Non**
Date de grossesse : **Non** تاريخ الحمل
Maternité : **أمومة** Date prévue d'accouchement : **Non** التاريخ المتوقع للولادة
Hospitalisation : **استشفاء** Date d'hospitalisation : **Non** تاريخ الاستشفاء
Accident : **حادثة** Date d'accident : **Non** تاريخ الحادث
Causes : **Non** أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
Fait à : **Casablanca** حرره في : **15/08/2023** في : **15/08/2023**
Signature de l'assuré(e) : **Asma Sougrati** توقيع المؤمن له (ها)
أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Casablanca** في : **15/08/2023**
Signature du médecin traitant : **Dr. AIBAR Youssef** توقيع الطبيب المعالج

BNP - Identification Nationale du Praticien
Cocher la mention utile pour chaque cas
La vente de cet imprimé est formellement interdite
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع
Quartier Racine
Tél: 0522 39 25 30 / 0522 39 25 31
Fax: 0522 39 25 32

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé • Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المطلوب Montant facture	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical



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

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 :

[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	1 449,99
82474693	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	250,00	120,00	5,00	125,00
82474630	15/08/2023	SOUGRATI ASMA	888,30	208,40	32,10	240,50



CLINIQUE
LES IRIS

مستشفى السوس

Maternité - Chirurgie - Endoscopie Gynécologique

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

URGENCES GYNÉCO - OBSTÉTRICALES 24/24 طوارئ أمراض النساء و الولادة

DATE : 05/08/2023

NOM ET PRENOM : Mme SOUGRATI ASMA

NOTE D'HONORAIRE

MEDECIN : D. AÏBAR

HONORAIRE : 20000 DHS

CLINIQUE : Selon DHS

FRAIS SIMPLES :

ECG :

PERIDURALE :

MONITORING :

CLINIQUE Les Iris
13, Place du Nid d'Iris
Casablanca
Tél: 05 22 39 25 30 / 31 - Fax: 05 22 39 25 33
Rég. 0522 39 25 33 - Casablanca

MEDECIN TRAITANT
DR. Youssef
Anesthésiste - Réanimateur

0522 39 25 33 - Casablanca - Tél: 05 22 39 25 30 / 31 - Fax: 05 22 39 25 33 - البنية - حي السوس

Rég. 0522 39 25 33 - Casablanca - Tél: 05 22 39 25 30 / 31 - Fax: 05 22 39 25 33 - البنية - حي السوس

WWW.cliniquelesirs.ma