

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

N° M21- 0055878

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique **188336** ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **#0525#** Société :
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : **Conjoint**
Nom & Prénom : **T. Adili S. H. e. H. H. H.**
Date de naissance : **21 Février 1939**
Adresse : **Retraissement 5121 n°34**
SKHIRAT-PLAGE
Tél. : **0661170108** Total des frais engagés : **677,80** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
Nom et prénom du malade : **L. A. B. I. T. m. r. n. a** Age : **78**
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : **HTA**
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 : **Rabat** Le : **20 DEC. 2023**

Signature de l'adhérent(e) : **[Signature]**

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

RELEVÉ 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

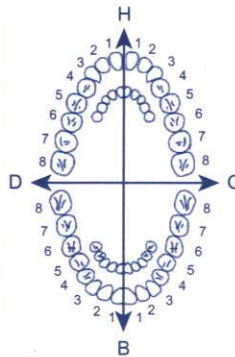
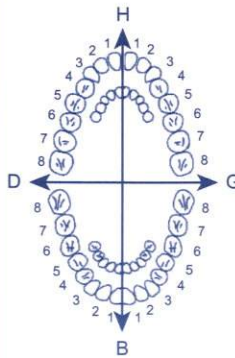
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

MME LAABI TOURIA

BP 2106 HAY RIAD



Accusé de Réception



RABAT

RABAT RP

10000

N° de Dossier :

83366444

Date et heure : 06/10/2023 13:42

Nom et prénom Assuré :

LAABI TOURIA

Immatriculation :

54491336 / 050126304

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAABI TOURIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT 50644

Valeur en Dirhams :

677,80

Nombre de pièces :

6

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR612

Nom Etablissement :



Dr. Aïcha
PROFESSEUR EN

LOT : 23E004
PER: 01 2025

KAROUSS
SACHETS B30

P.P.V : 30DH70



د. عائشة ع

I EX-Professeur de cardiologie
Médecine de Rabat
I Diplômée de la Faculté de
I Diplômée en Echocardiologie
Médecine Paris VI et Paris
I Diplômée en Cardiologie
I Médecine de Bordeaux



I أستاذة سابقة بكلية الطب
I خريجة كلية الطب الرباط
I دبلوم الفحص بالموجات
كلية الطب باريس VI و
I دبلوم الطب الرياضي ل
كلية الطب ببوردو



2023

- cardi

Tourna

Pharmacie SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av Annakhil, Hay Riyad - Rabat
Tel: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 2

2025

13/10

57.8 x 2

Tarep. 30

LDNor 10

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
Tel: 0537 67 14 15 / GSM: 0661 27 91 30

Dr. Aïcha AOUAD
Ex-Professeur de Cardiologie à
la Faculté de Médecine de Rabat
Tel: 0537 67 14 15 / GSM: 0661 27 91 30

T = 277.8

Pharmacie SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Ep. KADIRI
Av Annakhil, Hay Riyad - Rabat
Tel: 0537 71 34 43 - 0537 71 77 2

Résidence Bellevue, angle rue 16 Novembre - Av. Hassan II - 3ème étage

Appt n° 5. Agdal - Rabat (En face de Hammam Al-Fath)

Tél.: 05 37 67 14 15 - GSM: 06 61 27 91 30 - e.mail: aouadaicha@gmail.com

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 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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 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 للمساطر القانونية.

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



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
R&F ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : **LAABI Touria**
N° Affiliation : **11711497**
N° Immatriculation : **5491491316**
N° CIN : **11111385**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : **Conjoint** ☐ زوج ☐ **Enfant** ☐ ابن ☐
Adresse : **Bate Postale 2106 - Hay Riad - RABAT**
Montant des frais (Dhs) : **677,80 DH**
Nombre de pièces jointes : **04**
المبلغ المصاريف (درهم) :
عدد الوثائق العرفة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : **LAABI Touria**
Date de naissance : **12/03/45**
N° CIN : **11111385**
Sexe* : **M** ☐ ذكر ☐ **F** ☒ أنثى
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الأزيداد :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **INPE:101099786**
Type de soins :
Admission ALD* : **Oui** ☐ **Non** ☐
N° dossier ALD* :
Code ALD :
الرقم الوطني الاستدلال للممارس :
نوع العلاجات :
قبول المرض المزمن :
رقم ملف المرض المزمن :
رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* ☐ Pli confidentiel remis* : **Oui** ☐ **Non** ☐
Hospitalisation* ☐ استشفاء* ☐ Date d'hospitalisation :
تم تقديم الظرف المغلق :
تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : **RABAT** حرر ب :
le : **10/11/2013** :
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré (e)
أصبح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : **Dr. Aicha AOUAD** حرر ب :
Ex-Professeur de Cardiologie à la Faculté :
توقيع وطابع الطبيب المعالج
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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle
توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :
Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :

عمليات الإحياء، الأنسجة و الصور

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Destitution des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

CDM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision[illegible]

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

❗ Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

عدد الملفات	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	Bénéficiaire	المصاريف	كنوس	التعاضدية	المجموع
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 930,00	1 671,50	25,00	1 696,50
1	-	05/12/2023	Virement	-	4 456,00	1 459,20	248,96	1 708,16
1	-	07/11/2023	Virement	-	677,80	277,80	0,00	277,80
1	-	01/11/2023	Virement	-	2 356,80	1 176,80	5,00	1 181,80
1	-	04/09/2023	Virement	-	2 104,50	1 646,50	25,00	1 671,50
2	-	30/08/2023	Virement	-	1 340,00	668,00	29,00	697,00
2	-	27/06/2023	Virement	-	2 415,20	1 851,70	30,00	1 881,70
1	-	03/05/2023	Virement	-	2 309,30	1 149,30	50,33	1 199,63
1	-	05/04/2023	Virement	-	1 887,80	1 590,60	25,00	1 615,60
1	-	22/03/2023	Virement	-	600,00	168,00	24,00	192,00
1	-	17/02/2023	Virement	-	1 905,60	1 651,40	40,20	1 691,60
2	-	21/01/2023	Virement	-	5 914,50	2 297,90	176,60	2 474,50