

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M22- 0053781

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

Mme Bouhaïk Saïda Veuve Baghou

Date de naissance :

16/7/1955

Adresse :

64 bd A. Salama sidi marouf
Rue 28 casa

Tél. :

0641734174

Total des frais engagés :

1814

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 : Casa, 07/10/2023

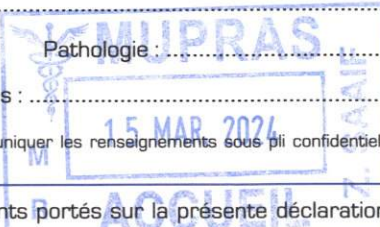
Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

MD
199153



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

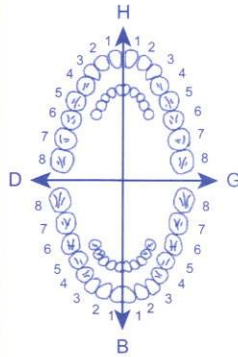
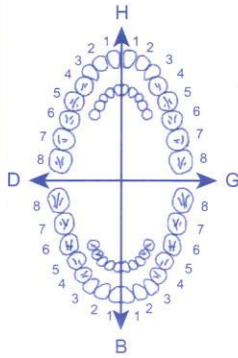
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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																	
	<table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
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 PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش 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 التعاضدية

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 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : Bouhaïk Saïda

رقم الانخراط : 2810348

رقم التسجيل : 0152 77140

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B341018

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : 64 lot Assalamat soui marouf Rue 8

مبلغ المصاريف (درهم) : 1814,80

عدد الوثائق المرفقة : 2

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Bouhaïk Saïda

تاريخ الازدياد : 16/07/1955

رقم بطاقة التعريف الوطنية : B341018

الجنس * : Masculin ☐ ذكر ☒ Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 0000000000

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : Admisso ALD* : 5, Rue Med. Abdouh - Casablanca

قبول المرض المزمن : oui ☐ non ☐

رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD* : 05 22 29 61 55/59 - 05 22 47 28 89

رقم المرض المزمن : Code ALD : 05 22 29 61 55/59 - 05 22 47 28 89

تم تقديم الظرف المغلق : Soin ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Pti confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

تاريخ الاستشفاء : Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

فعل : 13/03/23

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

79706369

Date et heure : 13/03/2023 12:40

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BOUHAÏK SAÏDA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams :

1 814,80

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE072

Nom Etablissement :

CARDIX[®] 25mg
28 comprimés
PPV: 138DH10
PER: 12/24
LOT: K3609

PREZAR 100mg
28 comprimés pelliculés
Losartan

PREZAR 100mg
28 comprimés pelliculés
Losartan

PREZAR 100mg
28 comprimés pelliculés
Losartan

AZIX[®] 500 mg
3 Comprimés sécables
Aztromycine

AZIX[®] 500 mg
3 Comprimés sécables
Aztromycine

PPV: 138DH10
PER: 12/24
LOT: K3609

PREZAR 100mg
28 comprimés pelliculés
Losartan

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés

CARDIX[®] 25mg
28 Comprimés

KARDIGIC 75mg
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT: 21F006
PER: 12/2022

KARDIGIC 75mg
SACHETS B30
P.P.V.: 30DH70
LOT: 21F006
PER: 12/2022

Doliprane[®] 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

Doliprane[®] 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
P.P.V.: 82,10 DH
LOT: H396
PER: 02/21
PPV: 14DH00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
P.P.V.: 82,10 DH
LOT: H396
PER: 02/21
PPV: 14DH00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg
Boîte 14
P.P.V.: 82,10 DH
LOT: H396
PER: 02/21
PPV: 14DH00

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg
Boîte 14
P.P.V.: 123,60 DH
LOT: H396
PER: 02/21
PPV: 14DH00

Docteur ALI EL MAKHLOUF
PROFESSEUR AGREGÉ
CABINET D'EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE
ADULTE ET PÉDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

CASABLANCA
Tél : 0522298155/59
Email : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 06/02/2023

Mme BOUHAÏK Saida

30,70 x 3
KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

LDNOR 10 MG
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRÊT

138,10 x 3
PRESAR 100 MG:
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE MATIN

84,80 x 3
82,10 x 3
123,60 x 3
CARDIX 25 MG/
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

INEXIUM 40 mg
1 LE SOIR SANS ARRÊT

79,70 x 2
AZIX 500 mg/ 1 CP/J X3J

1100 x 2
DOLIPRANE 1000: 1 cp x2/j

Docteur ALI EL MAKHLOUF

EN CAS D'URGENCE APPELEZ LA CLINIQUE JERRADA
0522238181
DR EL MAKHLOUF 0661131483

Contrôle Médical RO

* AFFICHAGE *

L295TPV0 L295TDV0

12/04/21

09 MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA CMR CAISSE MAROCAINE DES RETRAIT

090238844 01 MME BOUHAIK SAIDA

NO 64 LOT ESSALAMA HAY FLOURIDA S * 20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

N° dossier : 28664742

Adhérent : 95771405 Rang : 01

Période de couverture : du 17/04/2019 au 17/04/2024

Avis : N RENOUVELLEMENT AUTOMATIQUE ALD Date de retour : 5/03/2019

Exonération : L ALD

Lettre clé : E113 HYPERTENS ARTER ESSENT OU

Quantités accordées : 1,00 Montant accordé :

Quantités consommées : Montant consommé :

Coefficient : Taux :

Date de prescription : Prescripteur :

Date de départ au CM : 5/03/2019

N° dents :

Commentaire :

Dér. MAJ : 05032019 Util : CN9730

