

# 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.

M22- 0053781

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société : Veuve  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : Veuve  
 Nom & Prénom : Hme Bouhalk sâida Veuve Baghous  
 Date de naissance : 16/7/1955  
 Adresse : 6h lot Assalamia sidi maaouy  
Rue 28 casa  
 Tél. : 0661734174 Total des frais engagés : 18.111 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

199153

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 : 07/09/2023 Le : ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) : .....

#### 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

## 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	

## RELEVE 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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

## **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION**

## Instructions à suivre

## تعليمات المتابعة باتباعها

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 participants 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 المشتراء بملف التغويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تتبعون 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 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تغويض المبالغ المعروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

كل من ثبت عليه الغش أو تصريف كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent : \_\_\_\_\_

Date de dépôt du dossier : \_\_\_\_\_ Tarihi : \_\_\_\_\_

## 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 :

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : \_\_\_\_\_

رقم الانحراف : \_\_\_\_\_

رقم التسجيل : \_\_\_\_\_

رقم بطاقة التعريف الوطنية : \_\_\_\_\_

علاقة القرابة : \_\_\_\_\_

بين المستفيد والمؤمن له \*

العنوان : \_\_\_\_\_

مبلغ المصاري (درهم) : \_\_\_\_\_

عدد الوثائق المرفقة : \_\_\_\_\_

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

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : \_\_\_\_\_

Montant des frais (Dhs) : \_\_\_\_\_

Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_

## Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° CIN : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° CIN : \_\_\_\_\_

Sexe\* : \_\_\_\_\_

## Identification du médecin traitant

N° INP : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Type de soins

Admissio ALD\* : 5, Rue Med. Abdouh - Casablanca

N° dossier ALD\* : 0522280155/59

Code ALD : \_\_\_\_\_

oui  non

Soin ambulatoires\*

oui  non

Hospitalisation\*

oui  non

العلاجات خارجية\*

oui  non

asthénie\*

oui  non

Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

أشهر بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

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

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

فدي : \_\_\_\_\_

تقديم المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

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

\* أشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

### Description des actes effectués

## وصف العمليات المحراة

CIM - 10

## جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتحصيرات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
٠٦/٠٢/٢٣	181618 INPE.092003029	  
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP: [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

Actes Paramédicaux

الطباطبائی المساعدین عملات

تاریخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					
INP : <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 15px; vertical-align: middle;"></span>					

MME BOUHAIK SAIDA  
NO 64 LOT ESSALAMA HAY  
FLOURIDA 5  
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 : BOUHAIK SAIDA

Immatriculation : 95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUHAIK SAIDA / 01

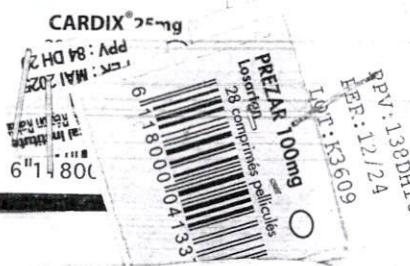
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA SIEGE 90136

Valeur en Dirhams : 1 814,80 Nombre de pièces : 2

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :



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

KARDEGIC 75mg  
SACHETS 8x30  
PPV: 300H10  
LOT: 21F006  
PER: 12/2022

KARDEGIC 75mg  
SACHETS 8x30  
PPV: 300H10  
LOT: 21F006  
PER: 12/2022

SYNTHEMEDIC  
23 rue zoubir bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
40 mg  
Boîte 14  
64115DMP/21NRQ P.P.V: 123,60 DH  
6 118001 020807

Doliprane® 1000mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés  
PPV: 118000 040972

PPV: 14DH00  
PER: 05/21  
LOT: H1322

Doliprane® 1000mg  
PARACÉTAMOL  
10 comprimés  
PPV: 118000 040972

PPV: 14DH00  
PER: 02/21  
LOT: H396

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC  
22 rue zoubir bno al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM  
20 mg  
Boîte 14  
64015DMP/21NRQ P.P.V: 82,10 DH  
6 118001 020591



Docteur ALI EL MAKHLOUF  
PROFESSEUR AGREGE  
CABINET D EXPLORATION CARDIOVASCULAIRE  
ADULTE ET PEDIATRIQUE

5 RUE MOHAMED ABDOU RESIDENCE LE PARC APPT N°2

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

A CASABLANCA Le 06/02/2023

Mme BOUHAIK Saida

30, Ju x 3

KARDEGIC 75 MG :  
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

15

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

138,10

PRESAR 100 MG:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

84,180 x 3  
CARDIX 25 MG/

1 CP PAR JOUR SANS ARRET

82,180 x 3  
123,60 INEXIUM 40 mg

1 LE SOIR SANS ARRET

79,190 x 2  
AZIX 500 mg/ 1 CP/J X3J

DOLIPRANE1000: 1 cp x2/

11000 x 2

18/02/80

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

Docteur ALI EL MAKHLOUF

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

