

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

199154

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044064

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5942 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : Bouhoik Saïda Vave Bagha
Date de naissance : 16/7/1955
Adresse : 64 lot Assalamah Sidi marouf
Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1255,70 Dhs

PR4FR05/V2/20-10-2023

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

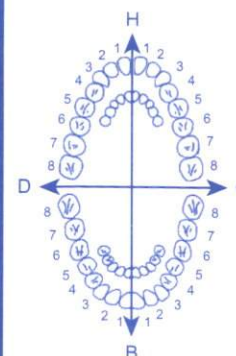
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

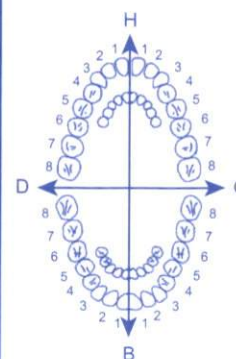
(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



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 le praticien 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 la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il ya 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 وأثبتتها بالوصفات المرسلية.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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 التعريفية الوطنية المرجعية.

الاحتمار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة 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.

توقيع وطابع التعااضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau : N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BOUHAÏK SAÏDA الإسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 1280342 رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 91577711405 رقم التسجيل

N° CIN : BB41918 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 60 lot A Azalame Rue 28 العنوان

Montant des frais : 195470 Dhs مبلغ المصاريف

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة

Signature du médecin traitant : Dr. EL MAKHLOUF Ali تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 الإسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 تاريخ الإزدياد

N° CIN : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى الجنس

Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 001057891 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 نوع العلاجات

Maladie : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 تم تقديم الظرف المغلق : Oui ☐ Non ☐

Maternité* ☐ تاريخ الحمل : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Date de grossesse : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 التاريخ المرتقب للولادة : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Date prévue d'accouchement : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 تاريخ الإستشفاء : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Hospitalisation* ☐ استشفاء : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 تاريخ الحادث : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Accident* ☐ حادث : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89 أسباب الحادث : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Causes : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Fait à : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

le : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Signature de l'assuré(e) : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

Cachet et Signature de l'établissement de soins : 05 22 29 81 55/59 - 05 22 47 26 89

- INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

أشطب الخانة

CIM-10			
--------	--	--	--

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20/10/23	1254,70	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie						عمليات : الإحيااء، الأشعة والصور						
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العملية Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou biologiste							

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Date 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 : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][]					



Date d'édition : 14/12/2023 13:58:32

MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

84771534

Date et heure : 14/12/2023 13:58

Nom et prénom Assuré :

BOUHAÏK SAÏDA

Immatriculation :

95771405 / 090238844

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

BOUHAÏK SAÏDA

/ 01

Type de dossier :

FEMILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90111

Valeur en Dirhams :

1254,70

Nombre de pièces : 12

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE188

Nom Etablissement :

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 : elmakhoulouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 20.10.2023

Mme BOUHAÏK Saida (68 ans)

30.7-+2

KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

57.80
LDNOR 10 MG
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

139.10 + 4
PRESAR 100 MG:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

34.20 + 4
CARDIX 25 MG/
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

TANAKAN 40 mg
1 MATIN ET SOIR

78.10 + 3
INEXTUM 20 mg
1 LE SOIR SANS ARRET

ESIDREX :
1/2 CP 1 JOUR SUR 2 A NA PAS ARRETER

PHARMACIE
48, Lot ESSALAM
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

T=7254,70

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdouh - Casa
Tél: 05 22 29 81 55 / 05 22 47 26 89

Docteur ALI EL MAKHLOUF

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

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés

138DH10
07/26
M945

6118000041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés

138DH10
07/26
M945

6118000041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés

138DH10
07/26
M945

6118000041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés

138DH10
07/26
M945

6118000041337

INEXTUM
20 mg
Boîte 14
64075W/P21N/RQ P.P.V: 82.10.0H
118001 020591

22 rue souflet brou al soum rechas
nours casablenca

CARDIX® 25mg
28 Comprimés

6118000050582

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70
LOT: 23E005
PER: 09 2024

6118000061847

SYNTHEMEDIC
20 mg
Boîte 14
64075W/P21N/RQ P.P.V: 82.10.0H
118001 020591

22 rue souflet brou al soum rechas
nours casablenca

CARDIX® 25mg
28 Comprimés

6118000050582

LOT: 230730
ADD : 05/2026
LOT : 107

6118000082217

CARDIX® 25mg
28 Comprimés

6118000050582

28 Compr

28 Comprimés

CARDIX® 25mg
28 Comprimés

6118000050582