

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- 0053788

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Bouhaik saïda Veuve Baghou
Date de naissance : 16/7/1955
Adresse : 64 lot Assolamir Rue 18 sidi
maarif casa
Tél. : 064/734174 Total des frais engagés : 2923,3 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 7/9/2023 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

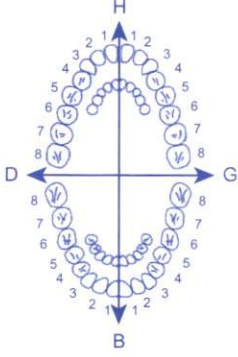
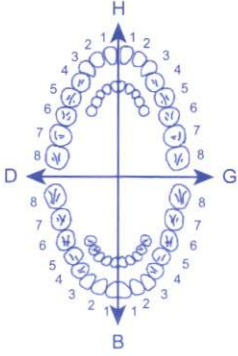
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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		
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H 21433552 00000000 G 00000000 11433553 B </div> </div> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			CCEFFICIENT 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

Royaume du Maroc



MME BOUHAÏK SAÏDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA S
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

77016854

Date et heure : 25/10/2022 08:52

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 90146

Valeur en Dirhams :

2 923,30

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE303

Nom Etablissement :

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلین على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاضدية

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

مراجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom : Bouhaik Saïda

رقم الانخراط : N° Affiliation : 280348

رقم التسجيل : N° Immatriculation : 952774405

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN : 3341048

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : Adresse : 64 lot Assalawa sidi macary

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : Montant des frais (Dhs) : 2923,3

عدد الوثائق المرفقة : Nombre de pièces jointes : 5 P

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :

تاريخ الزيداد : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

الجنس : Sexe* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐

Identification du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : 094057851

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

نوع العلاجات : Type de soins

قبول المرض المزمن : Admission ALD* : oui ☐ non ☐

رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD* :

رقم المرض المزمن : Code ALD :

تم تقديم الظرف المغلق : Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * ☐ Pli confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

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

Fait à : Casablanca le 24/10/2012

Le :

توقيع المؤمن (ة) :

Signature de l'assuré (e) :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca le 24/10/2012

Le :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature et Cachet du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

أصريح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

* Cocher la mention utile pour chaque case

* وضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرة

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 وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
20-10-22	622	3		3000	

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
20/10/22	23,30	Dr. S. ABLI 48, Lot 1, Sidi Maârouf, Casablanca Tél: 05 22 97 40 65

INP: 092003029

INP: 092003029

INP: 092003029

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
20/10/22				5000	

INP: 0910000621

INP: 0910000621

INP: 0910000621

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 المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

INP: 0910000621

INP: 0910000621

INP: 0910000621

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Bolte 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

3 mg
Bolte 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Bolte 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair bnou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM

40 mg
Bolte 14
641/NSDMP/21NRQ P.P.V.: 123,60 DH
6 118001 020607

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V.: 30DH70
LOT: 22E003
PER: 09 2023

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V.: 30DH70
LOT: 21E003
PER: 09 2022

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V.: 30DH70
LOT: 21E002
PER: 09 2022

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L939

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: L939

PPV: 138DH10
PER: 03/25
LOT: L939

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: L939

PPV: 149DH20
PER: 02/24
LOT: K584

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K584

PPV: 149DH20
PER: 02/24
LOT: K584

PPV: 116DH40
LOT: 240231
EXP: 04/2024

FLOXAM
24 gélules 500 mg
LOT: 240231
EXP: 04/2024

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K584

PPV: 149DH20
PER: 02/24
LOT: K584

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
LOT: 285050,000811,9

LOT: 211107
EXP: 06/2024
PPV: 57,80DH
LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés

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 20 octobre 2022

Mlle BOUHAÏK Saïda

30,90 x 3
 KARDEGIC 75 MG :
 1 SACHET PAR JOUR X 03 mois = 92,10

57,80 x 1
 LDNOR 10 MG
 1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRÊT = 57,80

38,10 x 6
 PRESAR 100 MG:
 1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT LE MATIN = 828,60

39,10 x 6
 CARDIX 25 MG/
 1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT = 58,10

23,60 x 4
 INEXIUM 40mg :
 1 CP LE SOIR = 94,40

116,40 Floxan 800mg
 1cp matin et 1cp le soir N°2

T = 2123,30

Pharmacie AL ABE
 Dr. Saïd CHAÏBI
 48, Rue Mohamed V - Casablanca
 Tél : 0522 298 155 / 59

Pharmacie
 Dr. Saïd CHAÏBI
 48, Rue Mohamed V - Casablanca
 Tél : 0522 298 155 / 59

Docteur ALI EL MAKHLOUF

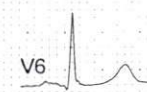
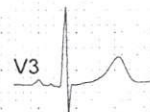
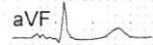
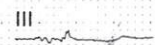
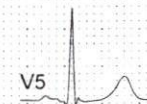
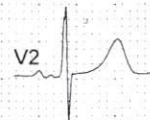
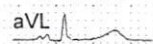
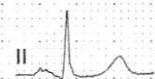
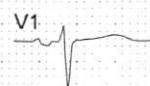
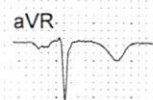
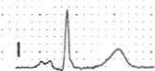
Nom: BOUHAÏK SAIDA
Numéro: BOUHAÏK SAIDA
M ou Mme: Féminin
Né le: (-)

P / PQ: 123 ms / 140 ms
QRS: 80 ms
QT/QTc/QTd: 408 ms / 408 ms / -
Axe P/QRS/T: 24° / 34° / 23°
Rythme cardiaq 60 bpm

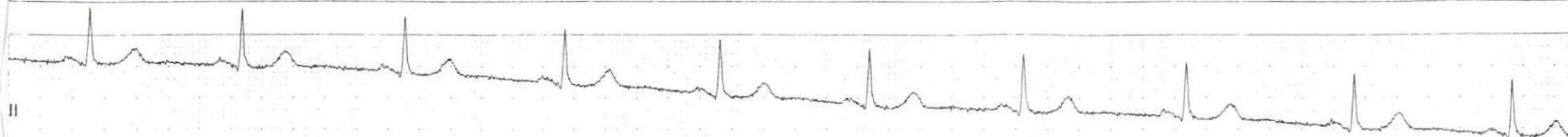
Enregistré: 20/10/2022 14:49:10
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur:
Médecin traitant:
Endroit:
Commentaire:

INTERPRETATION NON CONFIRMÉE

\$ 145/65
P. 663



25,0 mm/s 10,0 mm/mV



25,0 mm/s 10,0 mm/mV

[0,05-150] Hz



**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المومن**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUA Nadia

الدكتور بنيس فؤاد

الأستاذة فتحي خديجة

الدكتورة العراقي بنسودة نادية

Date : 20/10/2022

Facture N° : 004745/2022

- Nom patient : **BOUHAIK SAIDA**
- Examen(s) réalisé(s) : **ECHO CERVICALE**
-
- Net à payer T.T.C : 500 DH
- Arrêter la présente facture a la somme de : **CINQ CENTS DH**
- Mode de règlement : **ESPECE**

L'adherent :



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,

Casablanca

الهاتف : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83

الفاكس : 05.22.98.19.17

البريد الإلكتروني : radiologie-ab@menara.ma

Site Web : [http:// www.radiologieabdelmoumen.ma](http://www.radiologieabdelmoumen.ma)

C.N.S.S. : 8064602 - I.F. : 40289799 - PATENTE N° : 34782741 - ICE : 001699442000043

شارع عبد المومن، زنقة سمية رقم 7.

الدار البيضاء

Docteur EL Makhlouf Ali

Professeur Agrégé

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

Echo - Doppler / Holter Tensionnel

Holter E.C.G.

الدكتور المخلوف علي

أستاذ مبرز

أمراض القلب و الشرايين

Casablanca, le 20.06.2022 الدار البيضاء

Me BOUTHAÏK Saïda

faire auto-graphie
Certicale

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, rue Mohamed Abdou - Casablanca

