

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- 0053788

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

ND
199/157

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre : Veuve Baighou yd
 Nom & Prénom : Boulhak saïda Veuve Baighou
 Date de naissance : 16/11/1985
 Adresse : 64 lot A 1801nnes Rue 18 saïda
 maroc
 marrakech casab
 Tél. : 0641734174 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 : Casab. 7/01/2023 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 - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient DES TRAVAUX |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | <input type="text"/> |
| | | | | |



Accusé de Reception



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

MME BOUHAIK SAIDA
NO 64 LOT ESSALAMA HAY
FLOURIDA 5
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 77016854 Date et heure : 25/10/2022 08:52

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 90146

Valeur en Dirhams : 2 923,30 Nombre de pièces : 5

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :

Instructions à suivre

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.

Cachet et signature de la mutuelle

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحصولين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للحالات 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 بالإلقاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلقاء بنتائج الفحوصات الأشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وختامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرساء أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تنتهي إليها خلال الشهرين الموالين لتاريخ إجراء أول عمل طبى إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

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

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

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 زنقة الخيل ص.ب 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : _____

Date de dépôt du dossier : _____

Tarifage (الإيداع) : _____



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

1.1.01.01

مراجع رقم

رقم الهاتف (اختياري) : _____

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : _____

رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)* :

العنوان :

Adressse : _____

Rue 23 n° 209

Montant des frais (Dhs) : _____

Nombre de pièces jointes : _____

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الإزدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Masculin ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

094057051

رقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و المؤسسات العلاجية

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

oui non

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires*

Pli confidentiel remis* oui non

تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation*

استشفاء*

Date d'hospitalisation : _____

Fait à : _____

Fait à : _____

Le : _____

Le : _____

توقيع المؤمن (ة)

أشهد بصحة

Signature de l'assuré (e)

كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

لexactitude des renseignements

portés ci-avant.

portés ci-avant.

أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج

أو المؤسسة الصحية

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منع كلياً بيع هذا المطبوع

* وضع علامة في الخانة المناسبة

Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّاة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاجياء، الاشعة 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 او الإحدي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 20/10/28 | | ECHO cervicale | | |  |
| | | | | 500Dhs | |
| | | | | INP: 090000621 | |
| | | | | INP: [] | |
| | | | | INP: [] | |
| | | | | INP: [] | |

INP: 09 addd 611

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

| 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 : | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| INP : | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | | |

SYNTHMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
64115DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
1mg Cpr GR
Boite 14
34115DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
64115DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

SYNTHMEDIC
22 rue zoubier brou al aquam roches
noires casablanca
INEXIUM
40 mg Cpr GR
Boite 14
64115DMP/21NRO P.P.V:123,60 DH
6 118001 020607

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.D.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

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

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: J 01 02 03 04
PPV: 149DH20
PER: 02/24

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K584
PPV: 149DH20
PER: 02/24

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K645
PPV: 149DH20
PER: 03/24

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K 35 74
PPV: 149DH20
PER: 03/24

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
EXP: 06/2024
PPV: 57,80DH
LOT: 211107
N°: 082217

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6 118000 050582
28 Comprimés
6 118000 050582
28 Comprimés
6 118000 050582

FLOXAM®
24 gélules 500 mg
6 118000 031420
PPV: 116DH40
LOT: 240231
EXP: 04/2024

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 : elmakhlouf@gmail.com

A CASABLANCA Le 20 octobre 2022

Mme BOUHAIK Saida

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 ARRET

= 57,80

138,10 X 6
PRESAR 100 MG:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

= 828,60

39,10 X 6
CARDIX 25 MG/
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

Pharmacie Dr Saida Ch. AIBI
Casablanca
48, Lot 5779 9140 65
Tél: 0522298155/59

236,00 X 4
INEXIUM 40mg :
1CP LE SOIR

Pharmacie Dr. Saida Ch. AIBI
Casablanca
48, Lot 5779 9140 65
Tél: 0522298155/59

116,40 Floxal 200g:
un anti etioplasme N°2

Docteur ALI EL MAKHLOUF

= 2123,30



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

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

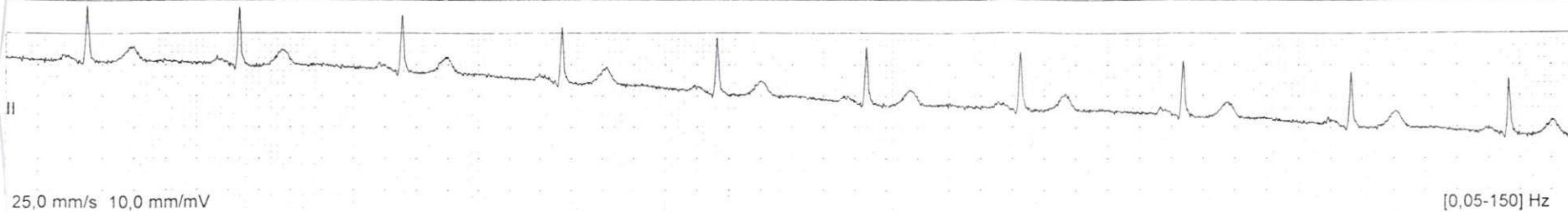
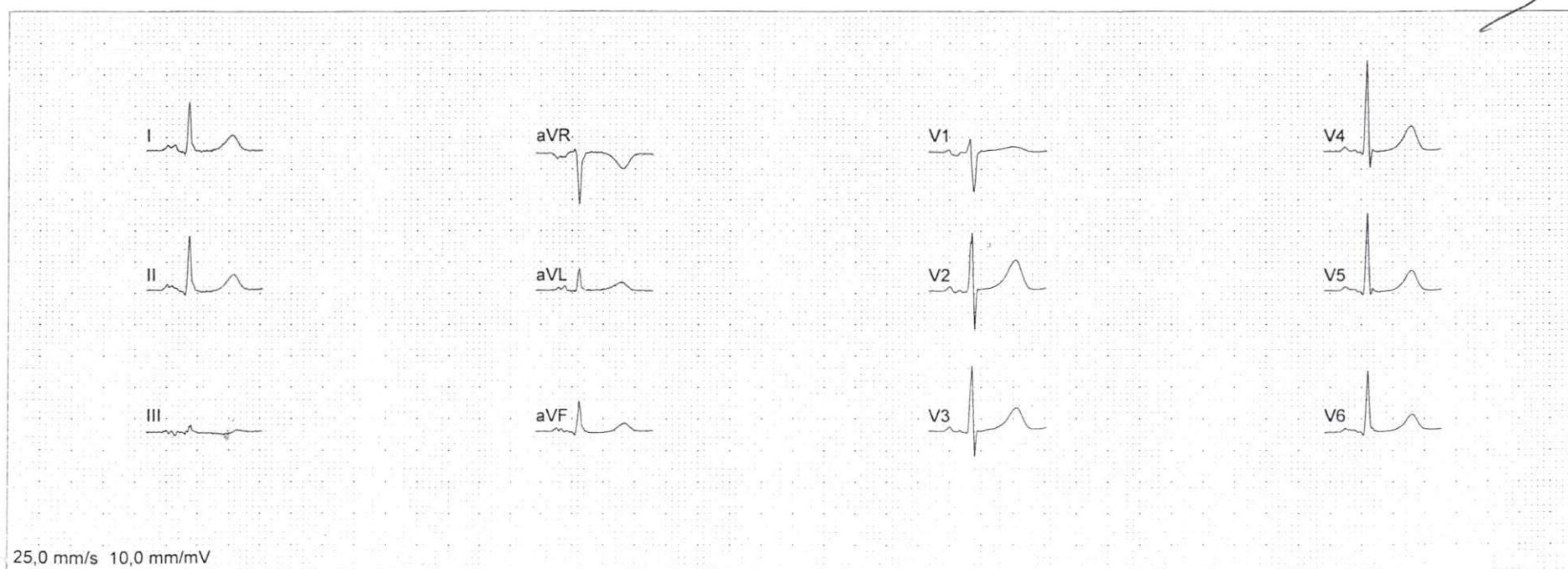
P / PQ: 123 ms / 140 ms
QRS: 80 ms
QT/QTc/QTd: 408 ms / 408 ms / -
Axe P/QRS/T: 24° / 34° / 23°
Rythme cardiaq 60 bpm

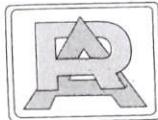
Enregistré:
Enregistré par:
Médecin de référence
Médecin prescripteur:
Médecin traitant:
Endroit:
Commentaire:

20/10/2022 14:49:10

INTERPRETATION NON CONFIRMEE

3 145/6 ✓
P. 66 S





**Ctre RADIOLOGIE
ABDELMOUMEN**

Dr BENNISS Fouad

Pr FATHI Khadija

Dr LARAQUI BENSOUDA Nadia

**مركز الفحص بالأشعة
عبد المؤمن**

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 : ESPECES

L'adhérent :



Bd Abdelmoumen, N° 7 Rue Soumaya,
Casablanca

الهاتف : 05.22.23.31.18/91 - 05.22.99.10.83

fax : 05.22.98.19.17

البريد الإلكتروني : radiologie-ab@menara.ma

Site Web : http://www.radiologieabdelmoumen.ma

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

شارع عبد المؤمن، زنقة سمية رقم 7.

الدار البيضاء

Docteur EL Makhlof Ali

الدكتور المخلوف علي

Professeur Agrégé

أستاذ مبرز

Maladies du Cœur et des Vaisseaux

أمراض القلب والشرايين

Echo - Doppler / Holter Tensionnel

Holter E.C.G.

Casablanca, le

20.03.2002

الدار البيضاء، المغرب

Mr BOUTAÏK Saida

faire : ostéographie
Corticale

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologue
Centre Médical Abdou - Casablanca

