

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Matricule : 5242

Société :

Actif  Pensionné(e)

Autre veuve Bougħou & d'

Nom & Prénom : Hme Boudnuk Souda veuve Bougħou

Date de naissance : 16/7/1955

Adresse : 64 lot Ansalma Rue 28 eschimand

casa

Tél. : 064/724174

Total des frais engagés : 1999,70 Dhs

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

Le : 15/03/2023

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**

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

## **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
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

### **(Création, remont, adjonction)**

The diagram illustrates a dental arch with upper and lower teeth. The upper teeth are arranged in a curve, with numbers 5, 6, 7, 8, 9, 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1 from left to right. The lower teeth are also curved, with numbers 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 8, 7, 6, 5 from left to right. Letters D and G are positioned at the ends of the arch, with an arrow pointing from D to G.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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

26/18

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Établir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.
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).	يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).
Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.	يجب كتابة الإسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.
Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.	يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثن منها بالوصفات المرسلة.
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 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.	يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاونية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية. ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.
Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.	سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.
Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.	الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.
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.	كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة. سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.
<b>Cachet et signature de la mutuelle</b> توقيع وطابع التعاوضية  Identification de l'agent ..... تاريخ الإيداع: ..... Date de dépôt du dossier: ....	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire
<b>Feuille de Soins Maladie</b>		Réf ANAM 1.1.01.01
N° Bordereau :	N° Dossier :	مراجع رقم
خاص بالمؤمن له (لها)		
الاسم العائلي والشخصي : ..... رقم الانحراف : ..... رقم التسجيل : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *		
Nom et prénom : ..... N° d'Affiliation : ..... N° Immatriculation : ..... N° CIN : ..... Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e)* Conjoint <input type="checkbox"/> زوج <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> ابن ..... Adresse : ..... Montant des frais : درهم ..... Nombre de pièces jointes : ..... العنوان: ..... مبلغ المصاريق : ..... عدد الوثائق المرفقة : .....		
<b>Declaration du médecin traitant</b> <b>تعريف الطبيب المعالج</b> المستفيد من العلاجات ..... الاسم العائلي والشخصي : ..... تاريخ الإزدياد : ..... رقم بطاقة التعريف الوطنية : ..... الجنس*: .....  <b>Identification du médecin traitant</b> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : ..... نوع العلاجات : ..... تم تقديم الطرف المغلق*: ..... تاريخ الحمل : ..... التاريخ المرتقب للولادة : ..... تاريخ الاستشفاء : ..... تاريخ الحادث : ..... أسباب الحادث : .....  أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ..... J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant ..... Fait à: ..... le: ..... توقيع المؤمن له (لها) ..... Signature de l'assuré (e) .....  أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ..... Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables ..... Fait à: ..... le: ..... توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة المعنية ..... Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins .....  INP : Identification Nationale du Praticien * Cocher la mention utile pour chaque case		

CIM - 10

INP: \_\_\_\_\_

INP :

INP: | | | | | | | |

Royaume du Maroc

Date d'édition : 25/10/2022 08:51:10



## Accusé de Réception



Date et heure : 25/10/2022 08:50

MME BOUHAIK SAIDA

NO 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

N° de Dossier :

77016779

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 :

1 929,70

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE303

Nom Etablissement :

LOT:  
PFB-02 2021

KARDEGIC 75MG  
SACHETS 830  
P.P.V : 30DH70

KARDEGIC 75MG  
SACHETS B30  
P.P.V : 30DH70

6 118000 00

**Ineso 20 mg**  
28 Gélules  
Deva Pharmaceutique

6118000410447

LOT: H0569  
PER: 07/2023  
PPU: 135.00 DH

Deva Pharmaceutique

A standard linear barcode representing the product code 118000 41047.

Pharmaceutique  
Société va

28 Gills  
Ineso 20 mg

100

**PREZAR 100mg**  
Losartan  
28 comprimés pelliculés

6 118000 04 , 337

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

**PREZAR 100mg**  
Losartan  
28 comprimés pelliculés

18000 050582

CARDIX® 25mg  
28 Comprimés



CARDIX® 25mg  
28 Comprimés

6 118000 050582  
28

**Docteur ALI EL MAKHLOUF**  
PROFESSEUR AGREGÉ  
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 31.08.2022

**MME BOUHAIK Saida**

$30 \cdot 70 \times 2 = 61,40$   
KARDEGIC 75 MG :  
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

LD NOR 10 MG  
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

$138 \cdot 10 \times 3 = 414,00$   
PRESAR 100 MG:  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

CARDIX 25 MG/  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET  
 $139 \cdot 00 \times 8 = 1112,00$   
INEZO 20MG :  
1 CP PAR JOUR SANS ARRET

Pharmacie Ali  
RBA  
Dr El Makhlof  
Casablanca  
Tél : 05222974066  
Fax : 05222974066

T = 1929,70

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali  
Professeur Agrégé Cardiologie  
Casablanca  
Tél : 0522298155/59  
Fax : 0522298155/59

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