

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



Déclaration de Maladie

M22- 0053786

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve Baghou
Nom & Prénom : M. Bouhaïk Saïda Veuve Baghou
Date de naissance : 16/7/1955
Adresse : 64 lot Assalama Rue 28 sidi marouf
Tél. : 064/734/74 Total des frais engagés : 1429,70 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 : Casablanca 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

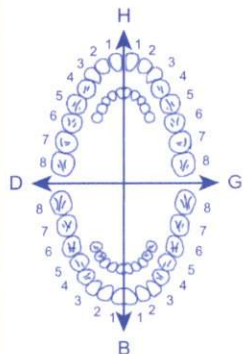
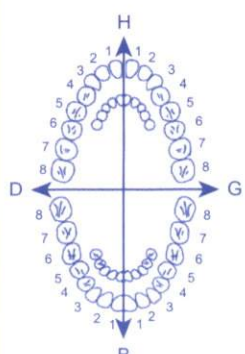
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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> H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 </div> <div> 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

Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Établir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل 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 المشتراة وأئمتها 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 التعاضدية 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 يوما) 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 التعريف 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 طبقا 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.

Cachet et signature de la mutuelle **توقيع وطابع التعاضدية**

Identification de l'agent تاريخ الإيداع:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

24/51

 ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de Soins Maladie		التأمين الإجباري عن المرض Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم 1.1.01.01
N° Bordereau :	N° Dossier :	
Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (لها)		
Nom et prénom : <u>Bouhark Souda</u> الإسم العائلي والشخصي : N° d'Affiliation : <u>28103168</u> رقم الانخراط : N° Immatriculation : <u>9152771405</u> رقم التسجيل : N° CIN : <u>B341018</u> رقم بطاقة التعريف الوطنية : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له * Conjoint <input type="checkbox"/> زوج Enfant <input type="checkbox"/> ابن		
Adresse : <u>ely lot A Malmaison, 28 du Maroc, Casablanca</u> العنوان : Rue 28 Montant des frais : <u>1929,70</u> Dhs مبلغ المصاريف : Nombre de pièces jointes : <u>2P</u> عدد الوثائق المرفقة :		
Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج		
المستفيد من العلاجات Bénéficiaire de soins : Nom et prénom : الإسم العائلي والشخصي : Date de naissance : تاريخ الأزيداد : N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية : Sexe* : M <input type="checkbox"/> ذكر F <input type="checkbox"/> أنثى الجنس* :		
Identification du médecin traitant تعريف الطبيب المعالج		
N° INP : <u>091057051</u> الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : Type de soins : نوع العلاجات : Maladie * <input type="checkbox"/> مرض * Pli confidentiel remis* : <input checked="" type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non تم تقديم الظرف المغلق* : Maternité * <input type="checkbox"/> أمومة Date de grossesse : تاريخ الحمل : Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة : Hospitalisation * <input type="checkbox"/> استشفاء Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء : Accident * <input type="checkbox"/> حادث Date d'accident : تاريخ الحادث : Causes : أسباب الحادث :		
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه Fait à : <u>Casablanca</u> حرره : le : <u>24/01/2021</u> في : (توقيع المؤمن له (e)) Signature de l'assuré (e) (توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية) Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins		

INP : Identification Nationale du Praticien * أنشط الغانة

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

CIM - 10 : Classification internationale des maladies - dixième révisions[illegible]

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



Accusé de Réception



N° de Dossier :

77016779

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

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 :

1 929,70

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE303

Nom Etablissement :

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E004
PER : 02/2024

KARDEGIC 75MG
SACHETS 830
P.P.V : 30DH70
LOT : 22E005

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
61180001041337

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
LOT: K3609
PPV: 138DH
PER: 12/24

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
61180001041337
PPV: 138DH10
PER: 03/25

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
18000050582

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
18000050582

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
6118000050582

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

LOT: 405569
PER: 07/2023
PPU: 139,00 DH
صنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
وأجدي صيدلي مسؤول

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

Ineso 20 mg
14 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

LOT: 405569
PER: 07/2023
PPU: 139,00 DH
صنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
وأجدي صيدلي مسؤول

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

LOT: 405569
PER: 07/2023
PPU: 139,00 DH
صنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
وأجدي صيدلي مسؤول

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

Ineso 20 mg
28 Gélules
Deva Pharmaceutique
6118000410447

LOT: 405569
PER: 07/2023
PPU: 139,00 DH
صنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
وأجدي صيدلي مسؤول

صنع من طرف
مختبرات ديفا للصيدلة
وأجدي صيدلي مسؤول

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 : elmakhlof@gmail.com

A CASABLANCA Le 31.08.2022

MME BOUHAÏK Saida

$30.7092 = 61.40$

KARDEGIC 75 MG :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

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

$138.10 \times 3 = 414.30$

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

$89.00 \times 3 = 267.00$

CARDIX 25 MG/
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

$139.00 \times 8 = 1112.00$

INEZO 20MG :
1 CP PAR JOUR SANS ARRÊT

Pharmacie AL ABE
Dr. EL MAKHLOUF ALI
Tél : 05 22 97 40 65
05 22 97 40 65

$T = 1929.70$

Docteur ALI EL MAKHLOUF

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
05 22 97 40 65

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