

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

## Biologie 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 - 5ème 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

N° M20- 0002082

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

52545 ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12907 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MOUSLIKI SAAD

Date de naissance : 08/02/19

Adresse : Quartier Almaz, Amban 2, FF32, Casablanca

Tél. : 0666 123 149 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 03/01/2020

Nom et prénom du malade : SANAA EL MALH Age: 31

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 Le : 22/12/2020

Signature de l'adhérent(e) :

# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 les praticiens 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 votre mutuelle 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.

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.

La obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض 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 وأسمائها والوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتباتية إلى التعاقدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المستحقة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه عثر أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمعاشير القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رفيع، باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref ANAM : 1.1.1.01  
مربع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **ELMALYH SANAA**

N° Affiliation : **385534**

N° Immatriculation : **438910774**

N° CIN : **BK358878**

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) :

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : **Quartier Almaz, Ambou 2, FF38, Casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **2000,00**

Nombre de pièces jointes : **2**

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : **ELMALYH SANAA**

Date de naissance : **290789**

N° CIN : **BK358878**

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **09.M.27753**

Type de soins

Maladie :

Maternité :

Hospitalisation :

Accident :

مرض

أمومة

استشفاء

حوادث

Pli confidentiel remis : **Oui** Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

تم تقديم الملف المعلق : **Oui** Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
Fait à : **الدار البيضاء**  
le : **03/01/2020**  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable.  
Fait à : **الدار البيضاء**  
le : **03/01/2020**  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

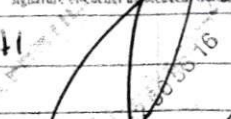

يمنع بيع هذا المطبوع

توقيع وطابع التعاقدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent : .....	Identification de l'agent : .....
Date de dépôt du dossier : .....	Date de dépôt du dossier : .....



## description des actes effectués

### وصف العمليات المجراة

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle « Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المطلوب Montant facture	توقيع و ختم الطبيب المعالج Signature et Cachet du Medecin traitant
03.04 2020	MYSIERO SCOPIE			2000DH	
03.04 2020	GF			G	

CIM - 10

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المعونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

### Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

En vertu de l'article 73 de la Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
5	-	18/12/2020	Virement	-	1 800,00	720,00	180,00	900,00
64572933	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573047	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
64573080	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573107	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
64573135	19/11/2020	Payé en : 29 jours		EL MALYH SANAA	400,00	160,00	40,00	200,00
1	-	17/09/2020	Virement	-	9 400,00	7 393,60	48,40	7 442,00
1	-	13/04/2020	Virement	-	2 000,00	1 755,00	0,00	1 755,00
2	-	16/01/2020	Virement	-	1 000,00	280,00	70,00	350,00
60063402	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	300,00	120,00	30,00	150,00
60063418	20/12/2019	Payé en : 27 jours		EL MALYH SANAA	700,00	160,00	40,00	200,00

٩٩ AFC



# مركز الخصوبة أنفا Anfa Fertility Center

CENTRE DE REPRODUCTION HUMAINE  
D'EXPLORATION ET PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ  
(FECONDATION IN VITRO – ICSI – IMSI – DPI)  
(التلقيح الباطني – الإخصاب الخارجي)



International  
Quality Crown  
Award London 2012

Casablanca le, 03/01/2020

FACTURE : 20/01 ICE/001710067000094

NOM : ELMALYH

PRENOM : SANAA

DIAGNOSTIC	HYSTEROSCOPIE
------------	---------------

Désignation des Présentations	Lettres Clé	Nbre	Prix Unitaire	Montant Dirhams
CLINIQUE Forfait		1.00	2000.00DH	2000.00DH

TOTAL Clinique	2000.00DH
----------------	-----------

Reglement en  
espèce



Première Clinique de Fertilité Certifiée ISO-9001 vs 2008 dans le Maghreb  
Clinique récompensée : Trophée international du « Top Quality Management London 2012 »

ANFA AESTHETIC CLINIC, 43, Rue Bouzakarn, Lotissement Mzouka 5, Val d'Anfa – Casablanca  
Tél: 05.22.36.13.08 / 05.22.23.42.17 – Fax: 05.22.36.13.21 – E-mail: info@afc.ma – www.afc.ma



57 A FC



# مركز الخصوبة المتكامل Anta Fertility Centre

CENTRE DE REPRODUCTION HUMAINE  
EXPLORATION ET PRISE EN CHARGE DE LA FERTILITÉ  
TECHNIQUES DE FERTILISATION ASSISTÉE (FIV - ICSI - IMSI - DPI)  
التلقيح الاصطناعي - أطفالหลอด حيوي



International  
Quality Crown  
Award London 2012

## COMPTE RENDU D'HYSTEROSCOPIE

Nom : ELMALYH Prénom : SANAA Age : 30 ans Date : 03/01/2020

Gestité : 0 Parité : 0 Opérateur : Pr Omar SEFRIIOUI

JOUR DU CYCLE : 1ere moitié de cycle

ANTECEDENTS GYN OBST :

HYSTEROSCOPIE : DIAGNOSTIQUE : accès vaginoscopique

MATERIEL : endoscopie rigide : diamètre : 2,9 mm

Fluide de distension : SSI

ANESTHESIE : sans anesthésie

DILATATION : non

SENSATIONS DOULOUREUSES LORS DE L'HYSTEROSCOPIE : non

DESCRIPTION DES LESIONS

COL : aspect normal

ISTHME :

Franchissement progressif,

CAVITE UTERINE :

Au niveau de la cavité il existe un myome sessile postérieur de 2 cm

Le reste de la cavité RAS

MUQUEUSE ENDOMETRIALE : aspect eutrophique de l'endomètre

CONCLUSION- OBSERVATIONS

**Myome intra cavitaire de type I**

12/01/2020  
Dr. R. R. R.  
12/01/2020  
12/01/2020

