

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## Adresses Mails utiles

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

187869

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	52 62	Société :	Veuvre
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Yme Bouhaïk sonda Veuvre Baghouy
Nom & Prénom :		Date de naissance :	
Yme Bouhaïk sonda Veuvre Baghouy		15/7/1955	
Adresse :		Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 1773,8 Dhs	
64 lot Assalauna Sidi mazrouf asso			

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :			
Date de consultation :	/	/	
Nom et prénom du malade :	Age:		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> 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 : 21/12/2019 Le : 21/12/2019

Signature de l'adhérent(e) : 

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة  
Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص ب المؤمن له (لها)

établir une feuille de soins par personne et  
ar 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 réclamations transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf s'il y a un 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 égales et réglementaires.

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

La présente feuille de soins par personne et ar événement.

Il faut également fournir la feuille de soins avec 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 réclamations transmises.

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le dernier acte médical, sauf si il y a un 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 égales et réglementaires.

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

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التأمينية
Identification de l'agent : _____	
Date de dépôt du dossier : _____	
Téléphone : _____	

Partie réservée à l'assuré(e)

Le nom et prénom : *Bouhak Saïda*  
N° d'affiliation : *280348*

N° d'immatriculation : *952771105*  
N° CIN : *B341018*

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse : *64 lot A Abolouc Sidi maaaf*  
Montant des frais (Dhs) : *17700 dh*

Nombre de pièces jointes : \_\_\_\_\_

Déclaration du médecin traitant

Le bénéficiaire de soins : *Bouhak Saïda*  
Nom et prénom : *Bouhak Saïda*

Date de naissance : *160755*  
N° CIN : *11111111111111111111*

Sexe\* :  ذكر M  أنثى F  
Le sexe : *ذكر*

Identification du médecin traitant

Le numéro national du praticien : *INPE: 091039412* Dr. CANJOU - BELAÏD  
Type de soins : *ENDOCRINOLOGIE*

Admission ALD\* :  Oui  Non  
N° dossier ALD\* : \_\_\_\_\_

Code ALD : \_\_\_\_\_

Soins ambulatoires\*  علاجات خارجية\*  Pli confidentiel remis\* :  Oui  Non  
Hospitalisation\*  استشفاء\* Date d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

Je déclare que je suis le praticien traitant et que j'ai lu et compris la présente déclaration.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessous.

Fait à : *casablanca* le : *10/12/2013* توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré : *P.S.*

Je déclare que je suis le praticien traitant et que j'ai lu et compris la présente déclaration.

Fait à : *casablanca* le : *13/12/2013* توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة المرجعية

Signature du Médecin traitant ou du représentant de l'établissement de soins

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Maârif - CASABLANCA

#### **description des actes effectués**

وصف العمليات المحرّاة

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

CIM - 10

**جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الموزعة**  
**Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis**

التاريخ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٣/١٢/٢٣	₾ ١٤٧٣,٨٠ INPE:092003029	PHARMACIE AL ABE 48, Lot. ESSALAMA, SIDI MAAROUF CASABLANCA Tél : ٠٥ ٢٢ ٩٧ ٤٥ ٥٥ / ٠٦ ٨٨ ٠٦ ٢٢ ٨٦
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

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

INR : | | | | | |

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المدفوع Montant facturé	قبض و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue Biologiste
			INP :	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
			INP :	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	
			INP :	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	

Actes Paramédicaux

عَصَابَاتُ الْمَسَاعِدِينَ الظَّلَّامِينَ

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
TNP : <input type="text"/>					

INP : | | | - | | | |

INP :

JNP: 1 1 1 1 1 1 1

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريوكلي جوويل

اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية

خريجة كلية الطب بباريس

M<sup>r</sup> BOUHAIR Saïd

Casablanca, le : 13/12/12

24.60 X 2 = 6.80 X 2

LEVOTHYROX 100 mg

"

25

+ 10

= 125

mg

149.60 X 2

o jeun

Dose fixe 1 dose par mois.

100.00

melatonine 1.80 à ce coupler

295.00  
135.00 X 2

285.00 Baudelotés Accutek Active

1 Dr Gouy  
53.00 S.V.

DR CARIOU - BELQADI  
ENDOCRINOLOGUE

1 Dokterin gel loced 119, Bd. BIR Anzaran  
Maârif - CASABLANCA

96.10 X 2  
25 (15) Prescédence 300 S.V.

168.20 13 (16) augmentin 19 115 - 215-83  
193.60 13 (16) inosum 40. S.V.  
149.80 X 2 100. S.V.

1 = M 73.80

111، شارع بئر انزان - إقامة رمزي، باب (ب) الطابق الثاني - المعريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 99 26 53 - 05 22 23 84 84 - 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53 - E-mail : carioujoelle@yahoo.fr - ICE : 001634169000021

PHARMACIE AL-BE  
48-Lot: ESSALAH SIDI MAROUF  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 97 47 51 - 05 22 98 06 22 86

Maphar  
Km 10, Route Côtier 111,  
Gz Zenata Ain sebaa Casablanca

Daktarin gel buccal 140g  
P.P.V. : 53,00 DH

6 118001 180745

PIASCLEDINE® 300MG

Boite de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura  
AMM N°116 DMP/21/NCI

PPV : 96,40 DH

6 118001 070732

PIASCLEDINE® 300MG

Boite de 15 gélules

Distribué par Sothema-Bouskoura  
AMM N°116 DMP/21/NCI

PPV : 96,40 DH

6 118001 070732

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. : 48DH80

6 118000 060062

FLAGYL 500 mg  
CP PEL B20  
P.P.V. : 48DH80

5 118000 060062

PPV: 168,20 DH  
LOT: 599326  
PER: 01/23

AUGMENTIN 1 g/12  
16 sachets

SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc industriel,  
B-6800 MARCHE-EN-FAMENNE Belgique.

6 118000 102002

Leothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

6 118001 102020

SYNTHEMEDIC  
noires cassablance  
INEXIUM

40 mg  
Boite 14  
641/50MP/21/NRO

6 118001 020607  
PPV: 123,60 DH

6 118001 102006

Leothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

7862160335

6 118001 102020

Leothyrox® 100 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 24,40 DH

7862160342

6 118001 102006

Leothyrox® 25 µg.  
Comprimés sécables B/30  
PPV: 6,80 DH

786216035

REF 07124155019

4 015630 064144

Made in Germany / صنع في المانيا /  
Roche Diabetes Care GmbH  
Sandhofer Strasse 11  
68305 Mannheim, Germany  
www.accu-chek.com

REF 07124155019

4 015630 064144

Made in Germany / صنع في المانيا /  
■ Roche Diabetes Care GmbH

(01) 0  
PPC: 135,00 DHS

ACCU-CH  
Active

Fabriqué par : SMB  
SMB TECHNOLOGY S.A.  
39 rue du Parc industriel,  
B-6800 MARCHE-EN-FAMENNE Belgique.

50  
TESTÓW

REF 07124111209

4 015630 056316

■ Roche Diabetes Care GmbH

(01) 04015630056316

26  
LOT (01)

2025-01-00

2023-04-06

UDI

GTIN (01) 135,00 DHS  
PPC: 135,00 DHS

ACCU-CHEK®  
Active

07124155

25

TEST STRIPS

5 second-test

BANDELETTES

RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes



## Accusé de Réception



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

N° de Dossier : 84947209 Date et heure : 22/12/2023 12:52

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 90138

Valeur en Dirhams : 1 773,80 Nombre de pièces : 6

Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE156

Nom Etablissement :