

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 canaux, 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 canaux.

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

M23- N° 0044063

187869

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société : Veuve

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : M. Bouhaik Sidi Veur Baghou

Date de naissance : 16/7/1955

Adresse : 64 lot Assalama Sidi maouf assa

Tél. : 0641734174 Total des frais engagés : 17338 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 : 21/12/23 Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 /2019

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 et 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 tutelle 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 pénales et réglementaires.

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

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض 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 وأثمنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التفاضلية التي تختصم 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساوئ القانونية.

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

Cacher et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02/01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Bouhaik Saïda الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 280348 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 952 77 1105 رقم التسجيل :

N° CIN : B341018 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 64, rue Abdelouahab Si el maraf العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1 773,20 dh مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BOUHAÏK Saïda الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 160755 تاريخ الازدياد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : INPE: 091039412 الرقم الوطني للممارس :

Type de soins : 119, Bd. El Anzarane نوع العلاجات :

Admission ALD* : Oui قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non

Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 13/12/2013 في :
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e) Puff

أصريح بصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca حرر بـ :
le : 13/12/2013 في :
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cacher et signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

ENDOSCOPIOLOGIE
119, Bd. El Anzarane

La vente de cet imprimé est formellement interdite Maarif - CASABLANCA

عمليات الإحياء، الأشعة، 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	وقع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue Biologiste
INP : [][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][][]					

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes Paramédicaux

عمادات المساعدين الطبيين

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédic
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

Dr. CARIOU BELQADI Joëlle

ENDOCRINOLOGIE METABOLISME

Lauréate de la Faculté de PARIS

الدكتورة كاريو بلقاضي جوييل

إختصاصية في أمراض الغدد و التغذية

حريجة كلية الطب بباريس

M^r BOUHAÏK Souda

Casablanca, le : 13/12/13

24.40 X 2 6.80 X 2

LEVOTHYROX 100 14
25 + 100 = 125 µg

49.60 X 2 0 jeun

D cure forte 1 dose par jour

100.00

melatonine 1.80 1 ou 2 cuiller

225.00
135.00 X 2

20.54 Boud-Lella Accouchement Achre

Dr Guo
3.00

Dr. CARIOU - BELQADI
ENDOCRINOLOGIE

17 Doktorin gel 100

23(15) Pirocladine 300

96.40 X 2

augmentin 15 215-81

123.60

insum 40

49.80 X 2

Hege 500

119, شارع بئر انزان - إقامة رمزي, باب (ب) الطابق الثاني - المعاريف - 20100 الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 14 67 - 05 22 23 84 84 - 05 22 99 26 53

119, Bd. BIR ANZARANE - Résidence RAMZI - Porte B 2ème Etage - Maârif - 20100 CASABLANCA

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

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebza 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

LOT : 7MA111
PER: 08 2022
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

6 118000 060062

LOT : 22821
PER: 08 2027
FLAGYL 500 mg
CP PEL B20
P.P.V : 49DH80

5 118000 060062

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

AUGMENTIN 1 g/12
16 sachets

6 118000 160102

SYNTHEMEDIC

22 rue Souk el boui el noum roches
noires casablanca

INEXIUM

40 mg Cpr OR

Boite 14

641/NDMP/21/NCI P.P.V: 123,60 DH

6 118001 020607

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

6 118001 102020

6 118001 102006

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

6 118001 102020

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

6 118001 102006

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

REF 07124155019

4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا
Roche Diabetes Care GmbH

ACCU-CHEK®
Active

07124155

25

TEST STRIPS
5 second test

BANDELETTES
RÉACTIVES

Mesure en 5 secondes

ACCU-CH
Active

50

TESTOW

REF 07124112049

4 015630 056316

Roche Diabetes Care GmbH

(01) 04015630056

LOT 10/ 26

2025-01-05

2023-04-06

UDI

REF 07124155019

4 015630 064144

Made in Germany / صنع في ألمانيا

Roche Diabetes Care GmbH
Sandhof Strasse 11
68305 Mannheim, Germany
www.accu-chek.com

PPC: 135,00Dhs

Fabrique par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
37 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique

Fabrique par : SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
37 rue du Parc Industriel
B-6900 MARCHE-EN-FAMENNE, Belgique

MME BOUHAÏK SAÏDA

N° 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

84947209

Date et heure : 22/12/2023 12:52

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 90138

Valeur en Dirhams :

1 773,80

Nombre de pièces :

6

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE156

Nom Etablissement :