

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23- N° 0044065

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

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

Mme Bouhat & Saïda Veuve Baghou

Date de naissance :

16/7/1955

Adresse :

64 lot Anzalana sidi marouf co

Tél. :

0641734174

Total des frais engagés :

712,03

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 : 12/12/23

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD.

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement.

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail).

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes.

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence.

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement.

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al Khalil, B.P 209- Rabat.

تعليمات خاصة بالتأمين

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإبراجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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

باري عن المرض
Assurance Maladie

رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : BOUHAIR SAIDA

رقم الانخراط : 280348

رقم التسجيل : 912771405

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 3341048

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان : 24 lot Assalamah Salimane
Rue 28 case -

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 712,03

عدد الوثائق المرفقة : 5

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

بénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الزيادة :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس : * Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج : 912771405

Type de soins :

Admission ALD* : oui ☐ no ☐

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

Fait à : حرر بـ :

Le : 14/11/2013 في : 14/11/2013

توقيع وطابع الطبيب المعالج :

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.

Cachet et signature du Médecin traitant :

Signature de l'assuré (e) :

* Cocher la mention utile pour chaque case * ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1

عمليات الاحياء الاشعة والصورة

INP: | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP: 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1

INP · | | | | | | | | | |

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



MME BOUHAÏK SAÏDA

N° 64 LOT ESSALAMA HAY

FLOURIDA S

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

84771582

Date et heure : 14/12/2023 13:58

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 90144

Valeur en Dirhams :

712,03

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

SANGELO

Nom Etablissement :



AKDITAL

Clinique Panorama Sidi Maarouf
مصحة بانوراما سيدي معروف

Casablanca, le...

05/12/2023

Mme Bouhailk Saïda

ECG

Dr. HINDI Salim
Anesthésie - Réanimation

CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF



060064847

Facture N° 14706/23

CASABLANCA Le : 05-12-2023

A. Identification

N° Dossier : PSM23L05195252

N° Identifiant : 010852/23

Nom & Prénom : Mme BOUHAÏK SAIDA

C.I.N : B341018

Adresse : LOT ESSLAMA NR 64 SIDI MAAROUF

C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-12-2023

Date Sortie : 05-12-2023

Médecin traitant : DR. ANESTHESISTE REANIMATEUR

Traitement : Urgence

| Qté | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total |
|---------------------------------------|----------------|-------------|---------|------|------|--------|
| PHARMACIE INTERNE | | | | | | |
| 1 | PHARMACIE | | 112,03 | | | 112,03 |
| Total Rubrique : | | | | | | 112,03 |
| PRESTATIONS | | | | | | |
| 1 | CONSULTATION | | 300,00 | | | 300,00 |
| 1 | FRAIS DE SALLE | | 100,00 | | | 100,00 |
| 1 | ECG | | 200,00 | | | 200,00 |
| Total Rubrique : | | | | | | 600,00 |
| PARTIE HONORAIRES ET ACTES EXTERNES : | | | | | | 0,00 |
| PARTIE CLINIQUE : | | | | | | 712,03 |
| TOTAL GENERAL | | | | | | 712,03 |

Arrêté la présente facture à la somme de :

SEPT CENT DOUZE DIRHAMS TROIS CENTIMES

signature de l'assuré

Service Réception
Clinique Panorama Sidi Maarouf
Boulevard Abou Bakr Kadiri
Casablanca
Tél : 05 22 58 96 96
Fax : 05 22 33 51 90
E-mail : direction@clinique-panorama.ma
Site Web : www.clinique-panorama.ma
IF : 52529103 - ICE : 003098954000054 - RIB : 050 780 004 01093557
620 01 08

CLINIQUE PANORAMA SIDI MAAROUF

Séjour : Du 05/12/2023 au 05/12/2023

Patient : Mme BOUHAÏK SAÏDA

N° Dossier : PSM23L05195252

Organisme : PAYANT

| Désignation | Prix Unit | Quantité | Prix TTC |
|--|-----------|----------|------------------|
| APOTEL 1G POCHE | 15,01 Dh | 1 | 15,01 Dh |
| BANDELETTE GLYCEMIE | 3,60 Dh | 1 | 3,60 Dh |
| ESOPRA 40MG INJ | 27,40 Dh | 1 | 27,40 Dh |
| INTRANULE G22 BLEU | 2,28 Dh | 3 | 6,84 Dh |
| LANCETTE GLYCEMIE | 0,63 Dh | 1 | 0,63 Dh |
| NICARDIPINE 10MG/10ML INJECTA (10) | 9,61 Dh | 1 | 9,61 Dh |
| PERFUSEUR AVEC ROBINET | 10,30 Dh | 1 | 10,30 Dh |
| SERINGUE 10 CC | 1,65 Dh | 1 | 1,65 Dh |
| SERUM SALE 0.9% 250 ML POCHE | 9,00 Dh | 1 | 9,00 Dh |
| SULFATE DE MAGNE 1.5/10ml INJECTA (50) | 2,50 Dh | 1 | 2,50 Dh |
| TAMPON ALCOOLISE | 1,00 Dh | 2 | 2,00 Dh |
| TEGADERM IV 6CM X 7CM / REF 1623W | 7,83 Dh | 3 | 23,49 Dh |
| | | | 112,03 Dh |

ID: 2023120503350390
Nom:
Age:
Sexe:

2023-12-06 03:34:53

Fréq. Ventricule 61 bpm
Intervalle PR 130 ms
Durée QRS 82 ms
Interv. QT/QTc 410/412 ms
Axes P/QRS/T 33/28/33 deg
QTc:Hodges

Rythme sinusal
--- Interprétation sans connaître le sexe/l'âge du patient ---
ECG normal

Diagnostic non confirmé.

