

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-531151

197550

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : Société :			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre
Nom & Prénom : BOUNIAIM <i>Abdellah</i>			
Date de naissance : 01/01/54			
Adresse : 4 Rue Tungot - CASA			
Tél. : 0664859997 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : BOUAFIA NADIA Age:			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfan			
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'at: médecin conseil de la Mutuelle.			
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.			
Fait à : CASA Le : 09/10/24			
Signature de l'adhérent(e) : 			

Etablir 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.

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 وكل حادث.

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، المشتركة وأثننتها بالوصفات المرسلة.

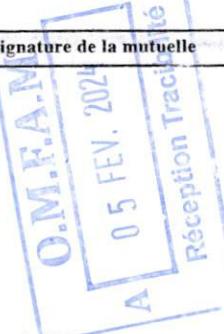
يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى العاضدية التي تنتهي إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

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



Feuille de soins Maladie

Réf ANAM 1.1.01.01 مراع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي :
رقم الانخراط :

N° Affiliation :
رقم التسجيل :

N° Immatriculation :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

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

.....
بلوغ المصاري (Dhs) :
.....

.....
عدد الوثائق المرفقة :
.....

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي :
Tariq el azdiyad :

Date de naissance :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN :
الجنس*: M ♂ ذكر F ♀ أنثى
.....

Identification du médecin traitant

N° INP
الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

Type de soins
نوع العلاجات

Maladie * مرض
Tarih al jumal :

Maternité * أمومة
التاريخ المرتفق للولادة :

Hospitalisation* استشفاء
تاريخ الإستشفاء :

Accident * حادث
تاريخ الحادث :

Causes :
أسباب الحادث :

أشهر بصحبة كل ما ذكر أعلاه.
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA
Fait à : Casablanca

le : 29.01.2024
le : 15.01.2024
في :
في :
.....

توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)
.....

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

Fait à : Casablanca
Fait à : Casablanca

le : 15.01.2024
في :
في :
.....

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Signature et timbre du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

Achaté الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية المزبونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/01/24	555 DA	<p style="text-align: center;">INPE: 092048107</p> <p style="text-align: center;">INPE: [REDACTED]</p> <p style="text-align: center;">INPE: [REDACTED]</p> <p style="text-align: center;">INPE: [REDACTED]</p>

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

Mohamed Naciri

Sieur Bouafima Naciri

Prise de RDV à suivre.

→ SVR. DR. Naciri

suivi et suivi par Naciri

Adresse : Boulevard Mohamed Taïeb Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 2477/+212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma



Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Facture

N° :273/2024

Casablanca, le 17/01/2024

Nom patient : **BOUSFIHA NADIA**

Examen(s) réalisé(s) :

IRM CEREBRALE

Montant : **deux mille (2000 dh)**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
DEUX MILLE DH

REGLEMENT : TPE

Dr. Yahia KETTANI

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE
DIU IMAGERIE MAXILLO-FACIALE

Dr. Rokia BENBOUBKER

SPECIALISTE EN RADIOLOGIE

IRM 1,5 T - Scanner 16 Barrettes - Echographie 3D/4D - Doppler Couleur - Radiologie Numérisée
Mammographie Numérisée - Radiologie Dentaire - Ostéo-Densitométrie - Radiologie Interventionnelle

Casablanca, le 17/01/2024

Patiante : BOUSFIHA NADIA

Prescripteur : Dr HATIMA ASMAA

IRM CEREBRALE

INDICATION : Trouble de mémoire.

TECHNIQUE : Séquence sagittale T1 et coronale T2.

Séquences axiales T2, FLAIR, T2 écho de gradient et diffusion.

Séquence oblique morphologique sur les hippocampes.

Séquence T1 3D.

RESULTAT :

- Absence d'anomalie de signal parenchymateux à l'étage sus ou sous tentoriel.
- Formations hippocampiques de volume et de signal normaux (Sheltens 0).
- Absence de lésion ischémique récente sur la séquence de diffusion.
- Absence de stigmate de micro saignement sur la séquence T2*.
- Ligne médiane en place.
- Système ventriculaire d'aspect normal.
- Citernes de la base libres.
- Fosse cérébrale postérieure sans anomalie.
- Aspect de pansinusite bilatérale.

CONCLUSION :

- IRM cérébrale ne révélant pas d'anomalie.
- Aspect de pansinusite bilatérale.

DR. YAHIA KETTANI
Radiologue 282
DR. ROKIA BENBOUBKER
Radiologue 282
INRÉ: 097200329

CASABLANCA

Reçu de caisse

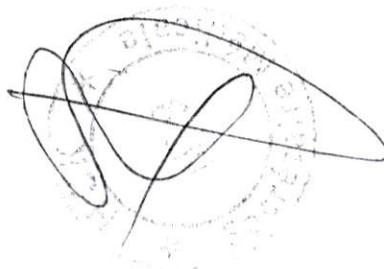
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

N°: 2401151224322820 / 1 / 0

Numéro admission	Nom du patient	Date encaissement
2400812024	BOUSFIHA NADIA	15/01/2024

Mode paiement	Références du paiement	Montant Dhs
CarteB	25230	300,00
PAYANT	Total payé	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS		

Reçu établi par : ZAIIGHIA





HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشیخ خلیفة



وصفة طبية
Ordonnance

11/11/24.

Casablanca, le :

Dr Bouafita NADIA

$\frac{99 \times 3}{297}$

①

7.2

Mgts la mère

②

RDV



Boulevard
Mohamed Naciri
N° 36, Rue Justice
Casablanca - Maroc
BP 82403
83 - CASA

③

$\frac{129 \times 2}{258}$

④

Nag

555

Mgts la mère

RDV

Adresse : Boulevard Mohamed Naciri, Hay El Hassani, BP 82403 Casa Oum Rabii Casablanca - Maroc
Standard 24H/24 : +212 529 004 477 • Prise de RDV : +212 529 004 466 • SAMU : 24777 / +212 608 873 367
Urgences : +212 608 982 871 • Fax : +212 529 038 868 • www.hck.ma

[Type here]



En vertu de l'article 73 de 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)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	2 855,00	1 720,00	330,00	2 050,00	
85751011	05/02/2024	BOUSFIHA NADIA	2 855,00	1 720,00	330,00	2 050,00

MME BOUSFIHA NADIA

4. RUE TURGOT.

QUARTIER RACINE, 20100

CASABLANCA MAARIF

CASABLANCA MAARIF

20100

N° de Dossier :

85751011

Date et heure : 05/02/2024 09:08

Nom et prénom Assuré :

BOUSFIHA NADIA

Immatriculation :

43409107

/ 040401971

Nom et prénom Bénéficiaire/Randz

BOUSFIHA NADIA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40143

Valeur en Dirhams :

2 855.00

Nombre de pièces : 7

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0779

Nom Etablissement :



MME BOUSFIHA NADIA
4, RUE TURGOT,
QUARTIER RACINE, 20100
CASABLANCA MAARIF
CASABLANCA MAARIF
20100

Accusé de Réception



N° de Dossier : 85751011 Date et heure : 05/02/2024 09:08
Nom et prénom Assuré : BOUSFIHA NADIA
Immatriculation : 43409107 / 040101971
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BOUSFIHA NADIA / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40143
Valeur en Dirhams : 2 855,00 Nombre de pièces : 7
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0779
Nom Etablissement :

