

## 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 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 tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

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



## Declaration de Maladie

N° W19-531151

197550

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : ..... Société : .....

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : BOUSFIHA WADIA

Date de naissance : 01/01/54

Adresse : 4 rue Turgot - Casa

Tél. : 0664859997

Total des frais engagés : .....

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : .....

Nom et prénom du malade : BOUSFIHA WADIA Age : .....

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'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 : CASABLANCA Le : 09/02/24

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



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 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا 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 وطابع التعااضدية
O.M.F.A.M. 05 FEV. 2021 Réception Tracé	
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :	

CNOPS

Feuille de soins Maladie

مرفوع رقم 1.1.01.01 Réf ANAM

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BOUSFHA NAMA : الإسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 209414 : رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 409107 : رقم التسجيل

N° CIN : 3175819 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : 4, Rue Tnapet, Nasser, Rabat : العنوان

CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 2855 Ma : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 07 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BOUSFHA NAMA : الإسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 280458 : تاريخ الإزدياد

N° CIN : 3175819 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : M ☒ ذكر F ☐ أنثى : الجنس \*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091183445 : الرقم الوطني الإستدلاي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie\* ☒ مرض : تم تقديم الظرف المغلق\* : Oui ☐ Non ☐

Maternité\* ☐ أمومة : تاريخ الحمل : Date de grossesse :

Hospitalisation\* ☐ استشفاء : التاريخ المرتقب للولادة : Date prévue d'accouchement :

Accident\* ☐ حادث : تاريخ الإستشفاء : Date d'hospitalisation :

Causes : تاريخ الحادث : Date d'accident :

أسباب الحادث : Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA : حرر بـ : CASABLANCA

le : 29012024 : في : 15012024

توقيع المؤمن له (لها) : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) : Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien \* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع







وصفة طبية  
Ordonnance

Casablanca, le :

17/01/2024

Dr Bousfiha Nassim

Je soussigné Docteur Bousfiha Nassim,

Docteur en Médecine, Diplômé de l'Université Hassan II de Casablanca,

avec compétence pour prescrire,

**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

Patiente : 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 stigmat 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  
INRE: 091200329

## Reçu de caisse

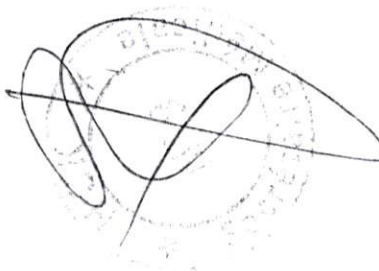
MédHOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

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 : ZAH.GHA





وصفة طبية  
Ordonnance

Mallouly

Casablanca, le :

Dr Boustifa NADIA

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

(1)

7.02

My 15 Jentini

S.P.

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

(2)

Nag...

555 1/4

My 15 Jentini

My 15 Jentini

PHARMACIE DES PAYS  
No 36, Rue Jules Guesde - Casa  
Tél. 022 20.00.83 - Casa  
Sis 66



[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

## 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 :

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 :