

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.

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



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

Déclaration de Maladie

M22- 0053809

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5242 Société :
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve M2 Baghou
Nom & Prénom : Bouhaik Saida Veuve Baghou
Date de naissance : 16/07/1955
Adresse : 64 lot Hassanama Sidi marouf Casa
Rue 28
Tél. : 0661734174 Total des frais engagés : 1455,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : ☐ Lui-même

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والرمز الاستدلالي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، 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 الغش 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 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

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 : Bouhouk Saïda الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 23102118 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 191519 AAA14015 رقم التسجيل :

N° CIN : B1314110118 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Adresse : 64 Lot Assalamat Rue 22 Sidi M. Agre العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 1455 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 2p عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : تاريخ الميلاد :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

* N° INP : 091057851 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : oui / non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : ☐ علاجات خارجية* Pli confidential remis* : oui / non تم تقديم الظرف المغلق :

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

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus et garantis sincères et véritables. I attest on the honor of the accuracy of the information reported above and guaranteed sincere and true.

Fait à : في :

Le : Le :

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Etablissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

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

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

حرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	توقيع ومطاب الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
22/02/2021	Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot Essalama Sidi Maarouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65	Pharmacie AL ABE Dr. Sana CHRAIBI 48, Lot Essalama Sidi Maarouf Casablanca Tél 05 22 97 40 65

عمليات الاحياء، 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	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

عمليات 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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					



En vertu de l'article 73 de l'ordonnance 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 32 de ladite loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires des dossiers de malade.

Information

ENREGISTRE 1

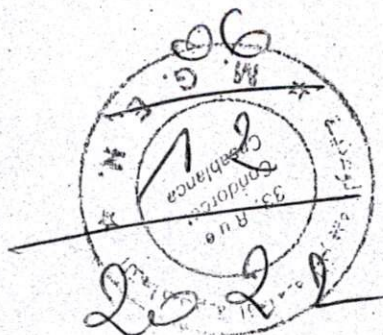
PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	05/05/2021	Virement	-	2 315,00	1 301,00	5,00	1 306,00
67172515	12/04/2021	Payé en : 23 Jours		BOUHAİK SAIDA	1 455,00	1 275,00	5,00	1 280,00
67172536	12/04/2021	Payé en : 23 Jours		BOUHAİK SAIDA	860,00	26,00	0,00	26,00
3	-	26/02/2021	Virement	-	4 134,20	1 740,59	139,03	1 879,62
65490966	12/01/2021	Payé en : 45 Jours		BOUHAİK SAIDA	300,00	120,00	5,00	125,00
65491031	12/01/2021	Payé en : 45 Jours		BOUHAİK SAIDA	1 018,00	759,20	20,00	779,20
65491005	12/01/2021	Payé en : 45 Jours		BOUHAİK SAIDA	2 816,20	861,39	114,03	975,42
1	-	25/12/2020	Virement	-	650,60	248,66	34,41	283,07
64628725	23/11/2020	Payé en : 32 Jours		BOUHAİK SAIDA	650,60	248,66	34,41	283,07
2	-	10/12/2020	Virement	-	4 216,30	2 904,10	470,00	3 374,10
64533605	17/11/2020	Payé en : 23 Jours		BOUHAİK SAIDA	814,70	576,90	5,00	581,90
64533656	17/11/2020	Payé en : 23 Jours		BOUHAİK SAIDA	3 401,60	2 327,20	465,00	2 792,20
1	-	02/11/2020	Virement	-	500,00	128,00	24,00	152,00
63750871	30/09/2020	Payé en : 33 Jours		BOUHAİK SAIDA	500,00	128,00	24,00	152,00
6	-	19/10/2020	Virement	-	6 337,10	3 617,30	107,65	3 724,95
63505679	17/09/2020	Payé en : 32 Jours		BOUHAİK SAIDA	328,00	120,00	5,00	125,00
63505540	22/07/2020	Payé en : 89 Jours		BOUHAİK SAIDA	897,60	722,60	5,00	727,60
63505461	17/09/2020	Payé en : 32 Jours		BOUHAİK SAIDA	1 000,00	520,00	34,66	554,66
63505376	17/09/2020	Payé en : 32 Jours		BOUHAİK SAIDA	2 962,50	1 931,70	39,99	1 971,69

13 Dossiers payés





MME SAIDA BOUHAÏK
 NO 64 LOT ESSALAMA HA
 FLOURIDA S
 CASABLANCA
 20000 CASABLANCA CENTRE

000067172515

Accusé de Réception

N° Réception : 67172515
 (N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BOUHAÏK SAIDA
 Immatriculation : 95771405 / 090238844
 Nom et Prénom Bénéficiaire : BOUHAÏK SAIDA
 Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
 Date et heure : 12/04/2021 13:59
 Lieu de réception : CASA SIEGE 90136
 Valeur du dossier : 1455,00
 Nombre de pièces : 2
 Code Agent : 9MGE072

Code Etablissement :
 Etablissement :

PROFESSEUR Ali EL MAKHLOUF
Cardiologie adulte et pédiatrique
Explorations Cardio-vasculaires

5 rue Mohamed Abdou
CASABLANCA

Tél. : 0522 29 81 55 / 59 ou 0522 47 26 89

Dom : 0522 79 85 32 - Fax : 0522 22 62 97

GSM cabinet : 06 78 18 18 16

Casablanca, le 22 Février 2021

MME Saida BOUHAÏK

145.20 X 3
1 - PRESAR 100 mg:
1 CP PAR JOUR SANS ARRET LE MATIN

30.70 X 3
2 - KARDEGIC 75 mg :
1 SACHET PAR JOUR X 03 mois

99.00
3 - OEDES 20 mg : 1 LE SOIR X 3 MOIS

4 - LEVOTHYROX A CONTINUER 13.40 X 3
5 - LDNOR 10 mg 57.80 X 3
1 CP LE SOIR UN J SUR 2 SANS ARRET

89.00 X 3
6 - CARDIX 25 mg
1 CP APR JOUR SANS ARRET X

38.70
7 - AL PRAZ = 1/2 g / 1 x 8 fois

3 mois

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél. 05 22 97 40 65

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél. 05 22 97 40 65

Pharmacie AL ABE
Dr. Sana CHRAÏBI
48, Lot. Essalama
Sidi Maârouf Casablanca
Tél. 05 22 97 40 65

TRAITEMENT A NE PAS ARRETER JUSQU'A LA PROCHAINE VISITE
EN CAS D'URGENCE APPELER LA CLINIQUE JERRADA OASIS AU :

05 22 23 81 81 OU 05 22 23 84 52/53/54

OU ENVOYER UN MESSAGE ECRIT AU : 06 61 13 14 83

M. i. Untel des 207

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

6 118000 020530
Alproz 0,5 mg
28 comprimés sécables
LOT: 2020531
EXP: 09/2023
PPV: 35,70

6 118001 102013
Levothyrox® 50µg,
Comprimés sécables B/30
PPV: 13,40 DH
7862160336

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99,00DH

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
28050500081119

OEDES 20mg
28 gélules
880001100088

CARDIX® 25mg
28 Comprimés
28050500081119

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kardégic 75 mg, sac b 30
P.P.V: 30,70 DH
00081119

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kardégic 75 mg, sac b 30
P.P.V: 30,70 DH
00081119

Sarofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Kardégic 75 mg, sac b 30
P.P.V: 30,70 DH
00081119

LOT N°:
PPV : 99,00DH
UT AV : 08/2023
LOT : 201283

LD-NOR 20mg
30 comprimés pelliculés

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6118000082217

LD-NOR 10mg
30 comprimés pelliculés
6118000081119

LOT : 200994
UT AV : 06/2023
PPV : 57,80DH

LOT : 201335
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
61180000081119

PREZAR
Losartan
28 comprimés pelliculés
61180000081119

PREZAR 100mg
Losartan
28 comprimés pelliculés
6118000041337

6118000050582