

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

## Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)  
Matricole : 9450

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BEN CHEIKH WATIKA

Date de naissance :

26-08-1955

Adresse :

Residence Imane Fakir Rue Sarda

CAIRANCI Mawet

Tél. 066.1.18.11.22

Total des frais engagés : 351,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



complément dossier.

Date de consultation :

20/12/2023

08-12-1965  
Age :

Nom et prénom du malade :

RACHID BEN YOUSSEF

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

RENAL

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

19 JUIN 2023

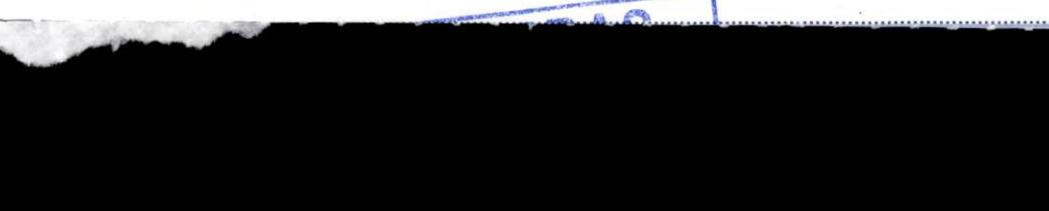
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CAPSICN OF

Le : 19/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :



#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

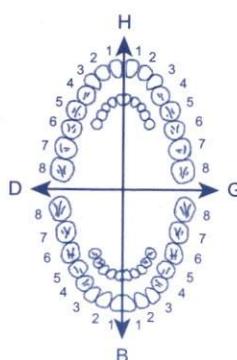
### **Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



#### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

## 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 patients 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.

## Cachet et signature de la mutuelle

## توقيع وطابع التعاونية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : [ ] تاريخ الابداع :

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

التأمين الإجباري عن المرض

Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM: 1.1.02.01

مرجع رقم

Feuille de soins pour les  
Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

## Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom :

الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation :

رقم الانفراط :

N° Immatriculation :

رقم التسجيل :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse :

العنوان :

Montant des frais (Dhs) :

مبلغ المصاري (درهم) :

Nombre de pièces jointes :

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 الازدياد :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe\* :

الجنس\* :

Masculin  ذكر Feminin  أنثى

## Identification du médecin traitant

## تعريف الطبيب المعالج

• N° INP

\* 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 :

Soin ambulatoires\*  علاجات خارجية \* oui  non 

تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation\*  استشفاء \* oui  non 

تاريخ الاستشفاء :

Date d'hospitalisation :

[ ]

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci-dessus.أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : [ ] في : [ ]

Fait à : [ ] في : [ ]

Le : [ ]

Le : [ ]

(Signature de l'assuré)

(Signature de l'assuré)

- INP : Identification Nationale du Praticien  
- Cocher la mention utile pour chaque caseCachet et Signature du Médecin traitant  
du l'Etablissement de soins

Tél : [ ]

INP : [ ]

\* اشطب الخانة

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

عمليات الاصناف، الاشعة والصدى

### Description des actes effectués

وصف العمليات المحرّاة

CIM - 10

**جريدة الوصيّات التي تم تفويتها والتجهيزات الطبية المعمونة**  
**Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

التاريخ التتنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوت Prix facturé	توقيع وطلب الصيدلي او/وغيره من التجهيزات الطبية Signature et Cachet du pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/06/23	51.70	
	INP : 092 056 753	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	
	INP : [REDACTED]	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

INP: | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

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

Adhérent : 090305604      Benef : 01      ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 12062023 Num décompte : 9MGE3790047      Décomptes adhérents

P038TPV6    P038TDV6      14/06/23

09      MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCA 602318      MUT GLE EDUCATION NLE SECT M

9MGE478      14:59:00

Nat.s: A Mod.p: V PS      Dest.r: 090305604 ZOHRY BOUCHR

Soins.: 06062023 - 06062023 Arrivée: 09062023 Compos.: 81382496

Orig: SA09 Réf RO: N° 93816585      G.Rég. 02 Caisse 06 Centre 0000

Acte   Dépense   Multi. Prix Uni. Tro Trc Remb. R.O. Remb. R.C. Majo

PH0    51,70    1,00    51,70

CS    300,00    1,00    150,00    80    83    120,00    5,00

Part complémentaire réglée le : 12.06.23

Fin

..Totaux..      ..Remb.RO..    ..Remb.RC..    .Net.dest. ...Tiers...

Nb.l.: 2      120,00    5,00    125,00

Paie. et édit. dest. :



Centre de  
et de l'  
Adulte -

Allergie :

- ORL
- Respiratoire
- Cutané
- Alimentaire
- Médicamenteuse



مركز الحسا  
والريو

الكبار - الأطفال

حساسية :

- الحنجرة والأذن والأنف
- الجهاز التنفس
- الجلد
- الغذائية
- الأدوية

Casablanca, le : 6.6.23 الدار البيضاء، في :

Dr. Zohry Bencheh.

51.70  
Aerius  
S.V.  
21/1  
Pharmacie Univers Santé  
Hitcham JA'MALI  
118, Rue El Oufir  
Tel: 05 22 90 00 06 - Casablanca

Dr. M. BENNIS  
GALADIES ALLERGIQUE  
Tel: 0522 90 77 88  
INDE: 091026526

Office 10-11, Bd. Moulouya - Oulfa - Immeuble Marjane Market  
3ème Etage Appartement 29 - Casablanca - Tél.: 0522 90 77 88  
E-Mail : mohabennis@hormail.fr

5.0.7.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 09/06/2023 11:07:06

MME ZOHRY BOUCHRA  
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT  
14 MAARIF  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier :	81382496	Date et heure :	09/06/2023 11:02
Nom et prénom Assuré :	ZOHRY BOUCHRA		
Immatriculation :	93816585 / 090305604		
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	ZOHRY BOUCHRA		/ 01
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS		
Lieu de réception :	CASA SIEGE 90140		
Valeur en Dirhams :	351,70	Nombre de pièces :	2
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE161
Nom Etablissement :			

Vol. 3022 222

Accusé de Réception



Nom d'établissement : MGEN TÉLE  
Nom d'expéditeur : MGEN TÉLE  
Nom du destinataire : CASA SIEGE 00140  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Nom et prénom du délégué(e) / Renseignement : ZOHRY BONCHRA  
Numéro de dossier : 030302604  
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BONCHRA  
N° de Dossier : 81385466 Date de naissance : 03\08\2023 11:02  
Centre de tri : CASABLANCA CENTRE DE TRI  
Rue & nom KATIR ETG 2 APT  
Mme ZOHRY BONCHRA  
4 MAARIF  
CASABLANCA  
RUE 3 ISMOUN KATIR ETG 2 APT  
Date d'édition : 03\08\2023 11:02:08

5.0.7.0

Royaume du Maroc



Date d'édition : 09/06/2023 11:07:06

MME ZOHRY BOUCHRA  
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT  
14 MAARIF  
CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier : 81382496 Date et heure : 09/06/2023 11:02  
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA  
Immatriculation : 93816585 / 090305604  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90140  
Valeur en Dirhams : 351,70 Nombre de pièces : 2  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE161  
Nom Etablissement :

*VDT. Zohry Bouchra*



MME ZOHRY BOUCHRA  
 RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT  
 14 MAARIF  
 CASABLANCA  
 CASABLANCA CENTRE DE TRI  
 20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier :

81382496 Date et heure : 09/06/2023 11:02

Nom et prénom Assuré :

ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation :

93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

ZOHRY BOUCHRA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams :

351,70

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :

Lot. 30-2 PT