

# 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.



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

Complément d'adhésion  
**Déclaration de Maladie**

N° M21- 1058428

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9450

Société :

1 6 5 6 1 8

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance :

26-08-1955

Adresse :

Residence Ibnou Kater Rue Sarda  
CASA BLANCH MAINT

Tél. :

0661181122

Total des frais engagés :

351,20

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément d'adhésion.

Date de consultation :

20/12/2023

Nom et prénom du malade :

Bencheikh Wahib

Age :

08-12-1955

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'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 :

CASA BLANCH MAINT

Le :

19/12/2023

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## Adresses Mails utiles

- Réclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



### RELEVÉ 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

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

### AUXILIAIRES MEDICAUX

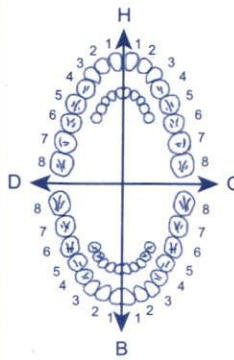
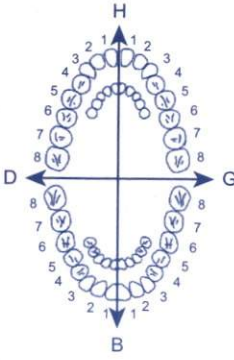
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
					MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>	
					FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>G</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            35533411         </div> <div style="text-align: center;"> <b>B</b>            00000000            11433553         </div> </div>		<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



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 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 التعااضدية 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 التعريفة 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 للمسطر 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

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  
مرجع رقم 1.1.02.01 Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : Zohay Bachra

رقم الانخراط : 93 81 65 85

رقم التسجيل : BAK 14838

رقم بطاقة التعريف الوطنية : BAK 14838

علاقة القرابة : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ بين المستفيد والمؤمن له \*

العنوان : Rue 9 TBNou Kate R

Adresse : Etge 5 APPF 11/12 Haidi (Baklaoua)

Montant des frais (Dhs) : 381,70

عدد الوثائق المرفقة : 381,70

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : Mon - melle

Date de naissance : 10/12/1965

N° CIN : BAK 14838

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

\* N° INP : 0522 90 77 88

Type de soins : نوع العلاجات

Admissio ALD\* : oui ☐ non ☐ قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD\* : رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : رقم المرض المزمن :

Soin ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية \* Pti confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐ تم تقديم الظرف المغلق :Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء :

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

Fait à : حرر بـ

Le : في

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

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

Fait à : حرر بـ

Le : في

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

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

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



## وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة  
Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
06/06/23	51.70 092 056 753	Pharmacie Universitaire Hôpital de JAMANA 16, Rue J. EL DOUNI Tel: 05 22 66 09 96 - Casablanca
	INP:	
	INP:	
	INP:	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

[illegible]

## ممارسات 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 Para
INP :					
INP :					
INP :					

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

AERIUS® 5 mg  
15 comprimés pelliculés



6 118000 050117

AERIUS® 5 mg

أقراص ملبسة  
ديسلوراتادين

مركز الحسا  
والربو

الكبار - الأطفال

حساسية :

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

Casablanca, le : 6 6 23 في : الدار البيضاء

Dr. M. Bennis

Aerius  
SV  
5170 21

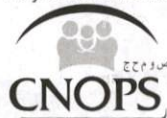
Pharmacie Univers Santé  
Hicham JAMALI  
118, Rue El Oufir  
Tél: 05 22 90 00 06 - Casa

Dr. M. BENNIS  
MALADIES ALLERGIQUE  
Tél: 0522 90 77 88  
NOR: 001026576

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

1.0.7.0

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  
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

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

Valeur en Dirhams : 351,70

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :

Lot: 322779

Nom Etablissement :

Code Etablissement :

Valeur en Dirhams :

Lieu de réception :

Type de dossier :

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA

Immatri-culation :

Nom et prénom Assuré :

N° de Dossier :

20000

CASABLANCA CENTRE DE TRI

CASABLANCA

14 MAARIF

RUE 9 ISNOU KATIR ETG 2 APT

MME ZOHRY BOUCHRA

Accusé de Réception



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

81382496

ZOHRY BOUCHRA

92816252 \ 090302604

ZOHRY BOUCHRA

FEUILLE DE SOINS

CASA SIEGE 90140

321,70

Nombre de pièces : 2

Agent de réception : AMGE161

Date d'édition : 09/06/2023 11:02:06



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  
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA  
Immatriculation : 93816585 / 090305604  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90140

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

Valeur en Dirhams : 351,70  
Code Etablissement :  
Nom Etablissement :

Nombre de pièces : 2

Agent de réception : 9MGE161

Lot: 3022772



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  
Nom et prénom Assuré : ZOHRY BOUCHRA

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

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: 302 172*