

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

N° W21-694890 M6 9450

Complément conjointe

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9450

Société :

108038

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom :

BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance :

26.08.1955

Adresse :

Résidence IBRAHIM KAHN Rue Sarrade

Tél :

0661 18 11 27

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

20/08/2022

Nom et prénom du malade :

Bouchara 56 ans

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 :

CASABLANCA

Le :

16/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...);

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل);

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي;

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفية الوطنية المرجعية;

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج;

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 00-65);

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين أسمهم و رقم بطاقة تعريفهم المهنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: منطقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom:

رقم الانخراط: N° Affiliation:

رقم التسجيل: N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

العنوان: Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom:

تاريخ الزيداد: Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN:

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

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins	تم تقديم الظرف المغلق*:
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*	Pli confidentiel remis* <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*	Date de grossesse:
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*	Date prévue d'accouchement:
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*	Date d'hospitalisation:
	Date d'accident:
	Causes:

Fait à: حرر ب:	Fait à: حرر ب:
Le: في:	Le: في:
توقيع المؤمن (ة) Signature de l'assuré(e)	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
	أصبح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
	توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

وصف العمليات المجراة

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

INP: | | | | | | | | |

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

INP: | | | | | | | | |

عمليات المساعدين الطبيين

INP: | | | | | | | | |

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 24022022 Num décompte : 9MGE3480147 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6 28/02/22

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

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

Soins.: 17022022 - 17022022 Arrivée: 23022022 **Compos.: 72746214**

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

R409 400,00 1,00 200,00 80 90 160,00 20,00

ACNR 300,00 1,00 300,00

Part complémentaire réglée le : 24.02.22

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

Nb.l.: 2 160,00 20,00 180,00

Paie. et édit. dest. : 28022022 28022022



MME ZOHRY BOUCHRA
N21 RUE HALAB

CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

N° de Dossier :	72746214	Date et heure :	23/02/2022 10:59
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 90139		
Valeur en Dirhams :	700,00	Nombre de pièces :	1
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE160
Nom Etablissement :			

Doliprane 500 mg
PARACÉTAMOL
16 comprimés effervescents



6 118000 040354

مخصص للبالغ والد
الجرعات - دواعي
الاستعمال
INDICATIONS -
يحفظ في مكان
جاف بعيدا عن
الحرارة
ants.

Vita C 1000
10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

Vita C 1000
10 Comprimés effervescents



6 118000 032069

AMM N° 03 DMP/2

AMM N° 03 DMP/21

ur. Rue 5 N° 87

Fabriqué par: SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



6 118001 320103

Fabriqué par: SMB

SMB TECHNOLOGY S.A.
39 rue du Parc Industriel,
B-6900 MARCHÉ-EN-FAMENNE, Belgique.



6 118001 320103



82 رقم 5
ان. الدار البيضاء
067 93 82

26.01.2022

totary Bou

79,70x2
Azix 500 N° 2

14,60
21 Doliprane 1000 mg

15,30x2
37 Vit C 1000 N° 2

19,60x2
41 Vit D Dose AB N° 2

303,80
Apr 15

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Rue Socrate - Maârif
Casablanca - Tél : 0522 25 22 09

Dr LYOUSFI El Houssein
Médecine Générale
Hay El Mousour, Ave 5 N° 82
Ben Misk Sid Othmane
Casablanca - Gsm: 9847 23 62 67

Dr. LYOUBI EL HOUSSINE

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82

Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca

GSM : 067 93 82 62

الدكتور اليوبي الحسين

الطب العام

حي المنصور، زنقة 5 رقم 82

بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء

المحمول : 067 93 82 62

13 26 01 2022

Dr ZOHRY BOUCHA

PCR Les cas 2

Dr. MAKOUUL Mohamed Samir
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABO MEDIC
462, Rue Mustapha El Madi - Casablanca
Tél : 05 22 27 66 24 / 27 66 73

Dr LYOUBI EL HOUSSINE

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82

Ben Msik Sidi Othmane

Casablanca - GSM : 067 93 82 62

Dr. LYOUBI EL HOUSSINE

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane - Casablanca
GSM : 067 93 82 62

الدكتور اليوبي الحسني

الطب العام

حي المنصور، زنقة 5 رقم 82
بن مسيك سيدي عثمان - الدار البيضاء
المحمول : 067 93 82 62

Le 26.01.2022

Dr. Zohry Boudine

NFS

D. Diarrhée

CRP

Dr LYOUBI EL HOUSSINE

Médecine Générale

Hay El Mansour, Rue 5 N° 82
Ben Msik Sidi Othmane
Casablanca - GSM : 067 93 82 62

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SOCRATE

Residence Masurel, Angle Rue Socrate et Bd Yacoub EL Mansour IMM C N°4 -

CASABLANCA

Tél : 0522 23 36 03. Fax : 0522 25 85 08 - PATENTE : 35804986- CNSS : 6478417

BP 19078021211 507790200 18 18. AGENCE YACOUB EL MANSOUR CASABLANCA

IF 44409091 ICE 000114556000027 INP 0093001964

Dr. Abdellatif LOUDGHIRI

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Bactériologie-Biochimie-Hématologie

Mycologie - Parasitologie - Virologie

FACTURE N° : 220001947

CASABLANCA le 17-02-2022

Mme Bouchra ZOHRY

Demande N° 220202A037

Numéro de l'adhérent :

Numéro de prise en charge :

Date de l'examen : 02-02-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
PS 0370	Prélèvement sang	E25	E	25.00 MAD
	CRP	B100	B	134.00 MAD
0216	Numération formule	B80	B	107.20 MAD
	D-Dimères	B200	B	268.00 MAD
Total				534.20 MAD

Total des B : 380

TOTAL DOSSIER : 534.20DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent trente-quatre dirhams vingt centimes



Rés. Masurel, Rue Socrate, Imm C N°4 - 20 000 Casablanca
Tél.: 0522 23 36 03 / 0522 23 34 65 - Fax: 0522 25 85 08
Email : labo.socrate@menara.ma

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOMEDIC

M.S. EI HAROUCHI (PHARMACIEN BIOLOGISTE).

ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE

462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca Tel : 0808.55.2007 / GSM : 0666.11.77.09

I.C.E : 001543075000027 - RC : 1631 - Pat : 34201990 - CNSS : 128091 - RIB : ATW(BCM)007780000180200000001626

Date : 26/01/2022.

Facture N: 20 / 1906

INPE : 093000180

IF : 41802740

Suite aux Analyses Effectuées Le 26/01/2022

Sous La Prescription Du Docteur LYOUBI

Pour ZOHRY BOUCHRA

Ayant La Référence : 22126110206

Organisme : Q356



093000180

Bilan :

~COVID

Cotation : B 299 + Prelevement (10 DH)

Montant Net : 400 Dhs

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :
QUATRE CENT DHS**

[Signature]
M.S. EI HAROUCHI Mohamed Said
Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOMEDIC
462, Rue Mustapha El Maani - Casablanca
Tel : 0808.55.2007 / GSM : 0666.11.77.09

PROFESSEUR OMAR SEFRIQUI
SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

EX ENSEIGNANT A LA FACULTE DE MEDECINE DE CASABLANCA
ANCIEN ATTACHE DES HOPITAUX DE PARIS
EX FORMATEUR DE L'UNIVERSITE John HOPKINS
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE ET CANCEROLOGIQUE, MALADIES DU SEIN
COELIOSCOPIE, HYSTEROSCOPIE, COLPOSCOPIE NUMERISEE, ACCOUCHEMENT
DIAGNOSTIC ANTENATAL, ECHOGRAPHIE DOPPLER ET 3D
STERILITE DU COUPLE (FIV-ICSI)
Tel : 022 235 225 Fax : 022 235 451

Mme ZOHRY BOUCHRA



2BB7392

17/02/2022

Echographie gynécologique

Echographie:

*DDR :

* Taille de l'utérus :

longueur

largeur

épaisseur

* myomètre :

*muqueuse :

* Ovaire droit de

* Ovaire gauche de

- d'echostructure homogène

*Douglas :

Conclusion :

Endovaginale

48MM

28MM

30MM

Homogène

- homogène

NON VU

18MM

+

Libre

ECHOGRAPHIE PELVIENNE NORMALE