

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

N° W21-694892

9450 Complément Conjointe

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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'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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 وإبراج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

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

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض حتى عنوان الصندوق الكائن في: 4 نقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتفلة 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)

البيان للمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: ZOHRY BOUAKRA

رقم الانخراط: N° Affiliation: 11111111

رقم التسجيل: N° Immatriculation: 0131816585

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: 11111111

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

العنوان: Adresse: 38 rue Othman el...

إجمالي المصاريف (بالدرهم): Montant des frais (Dhs): 1309,80

عدد الوثائق المرفقة: Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: Nom et prénom: ZOHRY BOUAKRA

تاريخ الميلاد: Date de naissance: 08/08/1965

رقم بطاقة التعريف الوطنية: N° CIN: 11111111

الجنس: Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

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

نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض

Pli confidentiel remis*: ☐ oui ☐ non

Maternité* ☐ أمومة

Date de grossesse:

Hospitalisation* ☐ إستشفاء

Date prévue d'accouchement:

Accident* ☐ حادث

Date d'accident:

Causes:

Fait à: حرر بـ

Fait à: حرر بـ

Le: في: 01/02/2022

Le: في: 01/02/2022

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

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

كل ما ذكر أعلاه

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: Date de dépôt du dossier:

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

[illegible]

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
08/02/22	109,80	<p>Madame BARTAL FATIMA</p> <p>Pharmacie Achraf</p> <p>Rue Socrate - Maârif</p> <p>Casablanca - Tel : 0522 25 22 09</p>
	INP: [][][][][][][][][]	
	INP: [][][][][][][][][]	
	INP: [][][][][][][][][]	

Actes Paramédicaux

© 2001 Blackwell Science Ltd

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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 24022022 Num décompte : 9MGE3480148 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.: 08022022 - 08022022 Arrivée: 23022022 **Compos.: 72746123**

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

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

PH 109,80 1,00 88,80 70 86 62,16 14,21

C143 1200,00 1,00 560,00 80 87 448,00 39,82

Part complémentaire réglée le : 24.02.22

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

Nb.l.: 2 510,16 54,03 564,19

Paie. et édit. dest. : 28022022 28022022



MME ZOHRY BOUCHRA
N21 RUE HALAB

CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

Accusé de Réception

N° de Dossier :

72746123

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 :

1 309,80

Nombre de pièces :

3

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE160

Nom Etablissement :

Docteur Amina BENBRAHIM

Spécialiste

Chirurgie Plastique, Esthétique,
Reconstructrice & Brûlés
Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca
Ancien Médecin attaché au CHU
de Bordeaux, France.



الدكتورة أمينة بنبراهيم

أخصائية

الجراحة التجميلية، التقيويمية و الحروق
حاصلة على دبلوم الجراحة التجميلية
و التقيويمية بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
طبيبة ملحقة سابقا بمصلحة الجراحة
و التقيويمية و التجميلية
بمستشفى بوردو بفرنسا

Casablanca le : 08/02/22

CRO de M^r ZOHRY
Bouchra

- SIAL: xyl = adhé 24
- Incision en regard du kyste
- Décapsulation et ablation
de celui-ci (kyste sébacé)
- Fermeture en 2 plans
- PST légèrement comprimé
- SPC ATB + Analgésique

DR. AMINA BENBRAHIM
Chirurgie Plastique, Esthétique,
Reconstructrice & Brûlés
187 Bd Abdelmoumen - Casablanca - Tél: 05 22 43 09 41

187 شارع عبد المومن الطابق الأول، رقم 1 - الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)

187 Bd Abdelmoumen, 1 étg, N° 1 - Espace Walili - CASABLANCA (en face de la station du tramway fac, Médecine)
Tél : 0522 43 09 41 - E-mail : amibenbrahim@gmail.com

Docteur Amina BENBRAHIM

Spécialiste

Chirurgie Plastique, Esthétique,
Reconstructrice & Brûlés
Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca
Ancien Médecin attaché au CHU
de Bordeaux, France.



الدكتورة أمينة بنبراهيم

أخصائية

الجراحة التجميلية، التقيويمية و الحروق
حاصلة على دبلوم الجراحة التجميلية
و التقيويمية بكلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
طبيبة ملحقه سابقا بمصلحة الجراح
و التقيويمية و التجميلية
بمستشفى بوردو بفرنسا

Casablanca le : 08/02/11

Note d'Honoraire

Je ss signée *verliffe*
avoir reçu de M. ZOHRY
Bouche la somme de mille
deux cents dinars (1200 DH)
comme frais de son intervention
chirurgicale

Dr. Amina BENBRAHIM
Chirurgie Plastique, Esthétique,
Reconstructrice & Brûlés
167 Bd Abdelmoumen, 1 étg, N° 1 - Espace Walili - CASABLANCA
Casablanca 22 - Tél : 05 22 21 25

187 شارع عبد المومن الطابق الأول. رقم 1 - الدار البيضاء (أمام محطة الطرامواي كلية الطب)
187 Bd Abdelmoumen, 1 étg, N° 1 - Espace Walili - CASABLANCA (en face de la station du tramway fac, Médecine)
Tél : 0522 43 09 41 - E-mail : amibenbrahim@gmail.com

Doliprane® 1000 mg
PARACÉTAMOL
10 comprimés



6 118000 040972

blanca
N° 41

Médecine

Pharmacie de Casablanca
Ancien Médecin attaché au CHU
de Bordeaux, France.

Spectrum® 500
Ciprofloxacin 10 Comprimés



6 118000 081456



Santé Sécurité Beauté

الدكتورة آمنة بنبراهيم

أخصائية

الجراحة التجميلية، التقيويمية و الحروق
حاصلة على دبلوم الجراحة التجميلية
و التقيويمية بكلية الطب و الصيدلة
بالمدرسة البيضاء
طبيبة ملحقه سابقا بمصلحة الجراحة
و التقيويمية و التجميلية
بمستشفى بوردو بفرنسا

Casablanca le : 08/02/22

N° 2022030000

74,80

19 Spectrum 500 mg

14,00

1 g x 5

7 Doliprane 1 g

21,00

1 g x 21 si douleur

39 Sci - Sci 12 mm

109,80

DI. AMELIA BENP
Chirurgie Plastique et
187 Bd Abdelmoumen, 1^{er} étage, N° 1 - Espace Walili - CASABLANCA (en face de la station du tramway fac, Médecine)
Casablanca - Tél : 05 22 43 09 41

Madame BARTAL FATIMA
Pharmacie Acharaf
Pharmacie Socrate - Maârif

0522 25 22 09

187 Bd Abdelmoumen, 1^{er} étage, N° 1 - Espace Walili - CASABLANCA (en face de la station du tramway fac, Médecine)
Tél : 0522 43 09 41 - E-mail : amibenbrahim@gmail.com