

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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.

N° W21-694892

9450  
complément conjointe

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	9450	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre :	
Nom & Prénom : BENCHETIKH WAHIB			
Date de naissance : 26.08.1955			
Adresse : Résidence IBN AL KATIB Rue Boumaza			
Tél. : 066 118 1127	Total des frais engagés : Dhs		

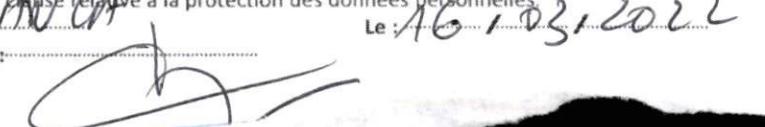
Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : ZOHRY Bouchra Age : 36 ans.			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : 04/08/2021 Le : 16/03/2022

Signature de l'adhérent(e) :



### Instructions à suivre

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](http://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.

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

يجب تعينة ورقة العلاجات والتوفيق عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلي للأدوية، إلخ...).

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

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوريقهم وختمامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي,

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاقدية التي تنتهي إليها خلال الشهرين المولفين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاحوال 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 للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدون إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض حتى عنوان الصندوق الكائن في الدائرة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف ( اختياري): .....

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي :

Zohary Bouchra

N° Affiliation :

938160585

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint  زوج  Enfant  ابن

Adresse :

38 Rue OMAF 8200  
Casablanca

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :

Zohary Bouchra

Date de naissance :

01/01/1965

N° CIN :

Sexe\*:

Masculin  ذكر  Féminin  أنثى

### Identification du médecin traitant

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

.....

الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة  
و مؤسسات العلاج

### نوع العلاجات

Type de soins	Pli confidentiel remis* :	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	تم تقديم الظرف المغلق * :
Maladie* <input type="checkbox"/>	مرض * <input type="checkbox"/>		تاريخ الحمل :
Maternité* <input type="checkbox"/>	أمومة * <input type="checkbox"/>		التاريخ المرتقب للولادة :
Hospitalisation* <input type="checkbox"/>	استشفاء * <input type="checkbox"/>		تاريخ الاستشفاء :
Accident* <input type="checkbox"/>	حادث * <input type="checkbox"/>		تاريخ الحادث :
	Causes :		أسباب الحادث :

Fait à : ..... Le : ..... Tout ce que je signe ci-dessous est vrai et exact. Signature de l'assuré (e)	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	Fait à : ..... Le : ..... J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
---	--	--

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

أصرخ بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع طبيب العالج.  
أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant  
ou de l'Etablissement de soins

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

CIM - 10

#### **Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis**

INP:

Actes Paramédicaux

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



### Accusé de Réception



CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

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 BENBRAHEM

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 آمنة بنبراهيم

أخصائية

الجراحة التجميلية، التقويمية و الحروق  
حاصلة على دبلوم الجراحة التجميلية  
و التقويمية بكلية الطب و الصيدلة

بالدار البيضاء

طبيبة ملحة سابقا بمصلحة الجراحة  
و التقويمية و التجميلية  
بمستشفى بوردو بفرنسا

Casablanca le : 08/02/22

CHG de M<sup>e</sup> ZAHRY

Boucha

- SIAL: xyl adré W.
- Incision en regard du kyste
- Décolllement et ablation  
de celui-ci (kyste sébacé)
- Fermeture en 2 plans
- Post lègerement compressif
- SPO 3 ATB + Antalgiques

*(Handwritten signature and stamp area)*

187 شارع عبد المؤمن 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 آمنة بنبراهيم  
أخصائية

الجراحة التجنبية، التقويمية والحرقون  
حاصلة على دبلوم الجراحة التجنبية  
والتقويمية بكلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء  
طبية ملحقة سابقاً بمصلحة الجراح  
والتقويمية والتجميلية  
بعمشتشفى بوردو بفرنسا

Casablanca le 08/04/11

Note d'Honoraires

je suis signee par DR Amina BENBRAHIM  
avoir reçu de M. HARRY  
Boucha la somme de Millie  
Deux cents dinars (1200DH)  
comme frais de son intervention  
chirurgicale



187 شارع عبد المؤمن 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



الدكتورة آمنة بنبراهيم

أخصائية

الجراحة التجميلية، التقويمية والحرق  
حاصلة على دبلوم الجراحة التجميلية  
والتقويمية بكلية الطب والصيدلة  
بالدار البيضاء

طبية ملحة سارقا بضطلة الجراحة  
والتقويمية والتجميلية  
بمستشفي بودو بفرنسا

Casablanca le: 08/02/22

N° 25 Hay Bou Inania

74,80

1g Spectrum 500 mg

14,00

1yp x 21 j x 5 g

21,00

1g Doliprane 1g

1yp x 21 j si dentelle

3g Acu-Srip 12 mm

109,80

DR Amina BEN BRAHIM  
Chirurgie et Reconstructrice et  
Orthopédique et Traumatologique  
187 Bd Abdelmoumen, Casablanca - Tel: 02 22 43 09 41

Madame BARTAA FATIMA  
Pharmacie Achraf

شارع عبد المؤمن الطابق الأول، رقم 1 - الدار البيضاء ( أمام متحف الخطأموي للطب )

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