

# 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.



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

ML6 9450  
**Déclaration de Maladie**

M22- 0034676

☒ **Maladie**

☐ **Dentaire**

☐ **Optique**

☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société : RAM

☐ **Actif**

☒ **Pensionné(e)**

☐ **Autre :**

Nom & Prénom : BENCHEIKH EL ARMANI M<sup>d</sup> Wahid

Date de naissance : 26-08-1955

Adresse : Residence Ibnou Kelen Rue sante

24114 (1 étage)

Tél : 0661 18 112

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08-12-196

Nom et prénom du malade : Zohry Bouchra

Lien de parenté : ☐ Lui-même

☒ **Conjoint**

☐ **Enfant**

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC ☐ Pathologie

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

Signature de l'adhérent(e) : Le : 10 / 11 / 2022

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

## 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



# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Établir 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 التعاضدية 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 للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة علاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

الاسم العائلي والشخصي : **LOHRY Bouchra**

N° Affiliation :

رقم الانخراط :

N° Immatriculation :

رقم التسجيل :

N° CIN :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

علاقة القرابة

بين المستفيد والمؤمن له\*

Adresse :

App n° = 14 Résidence Ibnou  
Walter Stee 249 Avenue Socrak  
1592, 880

Montant des frais (Dhs) :

مبلغ المصاريف (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\* :

Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐

الجنس\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

\* الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins

نوع العلاجات

Admission

oui non

قبول المرض المزمن :

N° dossier

oui non

رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD :

oui non

رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires\*

☐ \* علاجات خارجية

PLI confidentiel remis\* :

oui non

تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation\*

☐ \* استشفاء

Date d'hospitalisation :

oui non

تاريخ الاستشفاء :

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

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

Fait à : **20/10/2022**

Fait à : **20/10/2022**

Le : **20/10/2022**

Le : **20/10/2022**

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature et cachet du médecin traitant ou de l'établissement de soins

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

شطب

شطب

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

**MG EN**

**25 OCT. 2022**

**CASABLANCA**

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

تاريخ الإيداع :



وصف السلي للمجرة

[illegible]

CIM - 10

**جاءت التوصيات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة**


Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

| تاريخ التنفيذ<br>Date d'exécution | الثمن المفوتر<br>Prix facturé        | توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية<br>Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux |
|-----------------------------------|--------------------------------------|---|
|                                   | INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |   |
|                                   | INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |   |
|                                   | INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] |   |

INP: | | | | | | | | | |

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

## عملية الإحياء الأنسجة والصور

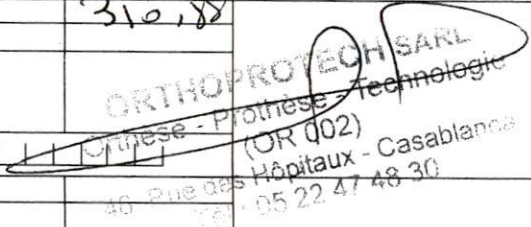
| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمل<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي<br>Signature et Cachet du Radiologue<br>ou Biologiste |
|-----------------------------------|--------------------------------|--|----------------------------|-----------------------------------|---|
| 05/10/22                          | Ra<br>+ Ais<br>Lup<br>PIP      |  | -                          | 752.00                            |        |
| 12/10/22                          | Ra                             | -  | -                          | 500.00                            |   |
| INP: 001263506                    |                                |  |                            |                                   |   |
| INP: 001263506                    |                                |  |                            |                                   |   |
| INP:                              |                                |  |                            |                                   |   |

INP: 

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

### Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

| تاريخ العمليات<br>Dates des actes | رمز العمليات<br>Code des actes | معامل العمليات<br>Lettre clé +<br>Cotation NGAP | قيمة المعامل<br>Valeur Clé | المبلغ المفوتر<br>Montant facturé | توقيع وطابع المساعد الطبي<br>Signature et Cachet du Paramédical                      |
|-----------------------------------|--------------------------------|---|----------------------------|-----------------------------------|--|
| 18/19/2022                        |                                |   |                            | 370,88                            |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]    |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]    |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
|                                   |                                |   |                            |                                   |  |
| INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]    |                                |   |                            |                                   |  |

INP: | | | | | | | | | |

**Professeur Abdelkrim LARGAB**

Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Ancien Chef du Service de  
Traumatologie et Orthopédie P32  
du Centre Hospitalo-Universitaire  
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le

08/10/21

دكتور عبد الكريم العرکاب  
تأخذ جراحة العظام والمفاصل  
سابقاً لقسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد بالدار البيضاء  
الفحص بالموعد  
الدار البيضاء في

M<sup>re</sup> Zohra Bou Chra

Rx rachis entier  
face & profil

Avec mesure d'une  
éventuelle bascule du  
bassin.

**Pr. Abdelkrim LARGAB**  
Spécialiste en Traumatologie  
Orthopédie

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com

**Professeur Abdelkrim LARGAB**

Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Ancien Chef du Service de  
Traumatologie et Orthopédie P32  
du Centre Hospitalo-Universitaire  
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le 04/10/22 في الدار البيضاء

الدكتور عبد الكريم العرڤاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل  
بس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

M<sup>me</sup> ZOHRY BUCARA

Rx Humérus G  
- face

- 3/4 externe

Rx rachis lombo-  
lombaire F + P

Pr. Abdelkrim LARGAB  
Spécialiste en Traumatologie  
Orthopédie  
Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani  
Casablanca

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca  
Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com



**Professeur Abdelkrim LARGAB**

Professeur de Traumatologie Orthopédie  
Ancien Chef du Service de  
Traumatologie et Orthopédie P32  
du Centre Hospitalo-Universitaire  
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le



**الدكتور عبد الكريم العرقاب**

أستاذ جراحة العظام والمفاصل  
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل  
بالمستشفى الجامعي  
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

الدار البيضاء في 12/10/22

M<sup>re</sup> Zohra BOUCHRA

ORTHOPROTECH  
Orthèse - Prothèse - Technico  
OR 002  
Hôpitaux - Casablanca  
05 22 47 48 3

Inégalité de longueur  
de membres inférieurs

$$MEI = MED + 10mm$$

Porter de semelles orthopédiques

avec une compensation de  
longueur de 10mm à droite

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultan - 20130 Casablanca

Tél : 05 22 22 33 00 / 01 - Email : pr.abdelkrimlargab@gmail.com



أعظم وظيفه  
**ORTHOPROTECH**  
ORTHOPROTHESISTE FABRICANT

**ORTHESE - PROTHESE - PODOLOGIE**  
Siège social : 3, Rue Hims Appt N° 2 - Rabat - Maroc  
Siège Administratif : Angle Av Med VI et AV El Haouz - RABAT - Maroc  
Tél: 05-37-63-03-93  
Fax: 05-37-63-04-33  
Email: orthoprotech@gmail.com

## Facture

N° Facture : FC30272022  
Patient : 19661  
Nom et prénom : ZOUHRY BOUCHRA  
Nom du Payeur : ZOUHRY BOUCHRA

Orthoprotech : GHANDI  
Agent : RAHMOUNE FATIMA EZZAH  
Suivi par : FATMA KANOUN  
Date : 18/10/2022 16:09

| Référence | Désignation                            | Qté. | P.U. HT | TVA     | Total HT |
|-----------|--|------|---------|---------|----------|
| TC01      | TALONNETTE DE COMPENSATION SUR SEMELLE | 1    | 291,67  | 20,00 % | 291,67   |

Total HT : 291,67 DHS

Total TVA : 58,33 DHS

Total TTC : 350,00 DHS

Droit Timbre: 0,88 DHS

Net à payer: 350,88 DHS

**ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME TTC :**

**TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS ET QUATRE-VINGT-HUIT CTS**

ORTHOPROTECH SARL  
Orthèse - Prothèse - Technologie  
(OR 002)  
46, Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél: 05 22 47 48 30

## F A C T U R E

N° de l'admission : 22005766 N° Facture : 22005746 Date facturation : 05/10/2022

Nom et prénom du patient : **BOUCHRA ZOHRY**

Convention : ICE :

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 05/10/2022 Sortie: 05/10/2022

| PRESTATIONS  | Nombre | Prix unitaire | Montant       |
|--|--------|---------------|---------------|
| RX THORAX FACE ET PROFIL, RACHIS DORSOLOMBAIRE F/P |        |               | 752:00        |
|  |        | Sous-Total    | <b>752.00</b> |

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Sept cent cinquante deux dirhams**

**Total : 752.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

2022-10-05 13:13:27  
2022-10-05 13:13:27  
Tel: 0522 45 13 73



## FACTURE

N° de l'admission : 22006007 N° Facture : 22005983 Date facturation : 12/10/2022

Nom et prénom du patient : **BOUCHRA ZOHRY**

Convention : ICE :

Traitement : **Examen radiologie** Entrée: 12/10/2022 Sortie: 12/10/2022

| PRESTATIONS              | Nombre | Prix unitaire | Montant |
|--------------------------|--------|---------------|---------|
| RACHIS ENTIER ENFANT F/P |        |               | 500.00  |
|                          |        | Sous-Total    | 500.00  |

arrêtée la présente facture à la somme de :

**Cinq cents dirhams**

**Total : 500.00**

Immatriculation :

N° prise en charge :

Notre compte bancaire :

22005983 - 12/10/2022  
BOUCHRA ZOHRY  
RACHIS ENTIER ENFANT F/P  
500.00



Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

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.: 18102022 - 18102022 Arrivée: 25102022 Compos.: 77030631 Dss.: 31102022

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



Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tiers R.C. Remb. R.C. Majo

|      |        |      |        |       |        |       |
|------|--------|------|--------|-------|--------|-------|
| AA73 | 350,88 | 1,00 | 208,00 | 100   | 208,00 |       |
| T178 | 500,00 | 1,00 | 430,00 | 80 95 | 344,00 | 64,50 |
| T205 | 252,00 | 1,00 | 160,00 | 80 95 | 128,00 | 24,00 |
| T167 | 500,00 | 1,00 | 390,00 | 80 95 | 312,00 | 58,50 |

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

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

Nb.l.: 4 992,00 147,00 1139,00

Remboursé

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq

F12=Aband.

F17=Paie

F24=Autres





Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 25102022 Num décompte : [REDACTED] Décomptes adhérents

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.: 18102022 - 18102022 Arrivée: 25102022 Compos.: 77030631 Dss.: 31102022

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



Acte Dépense Multi. Prix Uni. Tiers R.O. Remb. R.C. Majo

|      |        |      |        |       |        |       |
|------|--------|------|--------|-------|--------|-------|
| AA73 | 350,88 | 1,00 | 208,00 | 100   | 208,00 |       |
| T178 | 500,00 | 1,00 | 430,00 | 80 95 | 344,00 | 64,50 |
| T205 | 252,00 | 1,00 | 160,00 | 80 95 | 128,00 | 24,00 |
| T167 | 500,00 | 1,00 | 390,00 | 80 95 | 312,00 | 58,50 |

Part complémentaire réglée le : 25.10.22

Fin

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

Nb.l.: 4 992,00 147,00 1139,00

*Remb. RO*

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie F24=Autres

5958

Date d'édition : 01/11/2022 14:07:00

Royaume du Maroc

MME ZOHRY BOUCHRA  
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT

14 MAARIF

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

77030631

Date et heure : 25/10/2022 12:07

Nom et prénom Assuré :

ZOHRY BOUCHRA

Immatriculation :

93816585 / 090305604

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: ZOHRY BOUCHRA

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams :

1 602,88

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE161

Nom Etablissement :

↓  
maître