

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

- 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450

Société : RAP

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN CHEIKH EL ATMANI M^e Walid

Date de naissance : 26-08-1958

Adresse : Rendene Ibnou Kalem Rue Smaïle

20114 (Casab)

Téléphone : 0661 18 11 2

Total des frais engagés : ..Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

ZOHRY Bouchra 08-12-196

Nom et prénom du malade :

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

Le : 10/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

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 participants 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.

Cachet et signature de la mutuelle

التعليمات يرجى اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مستفيد وكل 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 المشترأة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تتبعون 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 المصرفة 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 طبقاً للمساطر القانونية.

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

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

التاريخ اليدوي :

25 OCT. 2022



ورقة انتلادات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° Bordereau :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (ها)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : *Zohry Bouchra*
رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

BN 14838

علاقة القرابة
بين المستفيد والمؤمن له :

ابن

العنوان :

App n° 14 résidence Ibray
Alger 1ste etage Avenue S. O. Ouk

مبلغ المصاري (درهم) :

1592, 800

عدد الوثائق المرفقة :

3

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :
تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس * :

El Maâni
Male
ذكر

Female
Féminin
أنثى

Identification du médecin traitant

نوع العلاجات
قبول المرض المزمن :

رقم ملف المرض المزمن :

رقم المرض المزمن :

تم تقديم الظرف المتعلق :

تاريخ الاستشارة :

الإشهاد بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

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

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر بـ : *Zohry Bouchra*
Fait à : *Alger*
Le : *20/10/2022*

توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré (e)

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Signature et Signature du Médecin traitant
ou de l'établissement de soins

شطب

Description des actes effectués

الوحدة صف

CIM - 10

د. الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ 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
		INP : [] [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] [] []
		INP : [] [] [] [] [] [] []

INP:

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الصور والأنماط الاحياء

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطبين المساعدين عمليات

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

08/10/14

الفحص بالموعد

الدار البيضاء في

كتور عبد الكري姆 العرڭاب

تاذ جراحة العظام والمفاصل

سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

Mme Zouhry Ben Othra

Rx Nachy estier

face + profil

Avec une fine d'une
éventuelle brûle de
l'airin.



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
الدار البيضاء في

الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

س سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

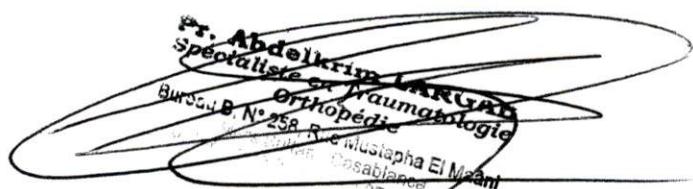
الفحص بالموعد

Mme Dohy Bousra

Rx Hawa Hawa
- face

- 3/4 catine.

Rx Nadia deko-
loubain f + A



Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maani - Mers Sultane - 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 12/10/22

الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

~~ORTHO PROTECH~~
Orthèse - Prothèse - Technologie
OR 002
Dar El Béïda - Casablanca
Tél : 05 22 47 48 3

MEILLEURS SALUATIONS
Inégalité de longueur
de membre inférieur

MEG = MED + MIM

Porter de nouvelles orthopédies

Je veux une luxation de
l'épaule de l'humérus

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Maâni - Mers Sidi Ali - 20130 Casablanca

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



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

ORTHO PROTECH 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 :

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

PRESTATIONS	Nombre	Prix unitaire	Montant
RX THORAX FACE ET PROFIL,RACHIS DORSOLUMBAIRE F/P			752:00
		Sous-Total	752.00

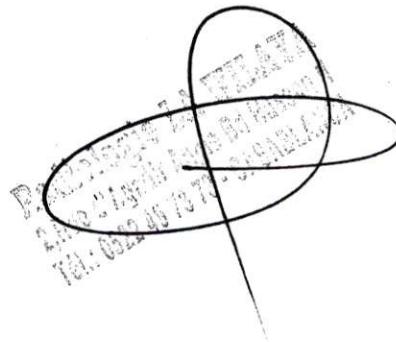
arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept cent cinquante deux dirhams **Total** : **752.00**

Immatriculation : :

N° prise en charge : :

Notre compte bancaire :



Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

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

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

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. Tta. Remb. RO. Remb. RC. 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

Rebroukew

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 Remb. RO. Remb. RC. 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. 1139,00

Paie. et édit. dest. : 31102022 31102022

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie

F24=Autres

5.5.0

Date d'édition : 01/11/2022 14:07:00

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



MME ZOHRY BOUCHRA
RUE 9 IBNOU KATIR ETG 5 APT
14 MAARIF
CASABLANCA
CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

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 :

marka