

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0034683

☒ Optique 169398 ☐ Autres

☐ Maladie

☐ Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9450 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENCHEIKH WAHIB

Date de naissance : 26.08.1955

Adresse : Résidence Ibrahîm Khatir Rue Souda

Tél : 0661 181127

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 08.12.2023

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 Le 24/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 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 التفاضلية 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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التفاضلية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

لاري عن المرض
Assurance Maladi
Réf ANAM 1.1.02

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ها)

Nom et prénom : Zohry Boukha

N° Affiliation :

N° Immatriculation : 93 816585

N° CIN : BK14838

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن ☐ ابنة ☐ يد والمؤمن له

Adresse : Rue 9 Tbnou Khatet 5

Montant des frais (Dhs) : 14000

Nombre de pièces jointes : 2

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Zohry Boukha

Date de naissance : 08/12/1965

N° CIN : BK14838

Sexe* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 05MB1122

Type de soins :

Admission ALD* : oui ☐ non ☐

N° dossier ALD* :

Code ALD :

Soin ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis* : oui ☐ non ☐

Hospitalisation* ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

أشهد بصفة كل ما ذكر أعلاه
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.
Fait à : 21/12/2023
Le : 21/12/2023
توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

رح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et vé
Fait à : 21/12/2023
Le : 21/12/2023
توقيع الطبيب المعالج
Signature du Médecin traitant

- INP : Identification Nationale du Praticien
- * Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً باتاً بيع أو توزيع هذا الطبع

DR. OUKACI
Cachet et Signature du Médecin traitant
SPECIALISTE EN TRAITEMENT DE SOINS
39, Rue Abdoulaye, 10, 1er Et
Maarif Extension 20370 - Casab
05 22 22 22 22

وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

تاريخ التند 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 : [][][][][][][][][][]	

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

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 طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

عمليات المساعدين الطبيين

[illegible]

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



Accusé de Réception



N° de Dossier : 81631940 Date et heure : 22/06/2023 10:34
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 90140
Valeur en Dirhams : 6 600,00 Nombre de pièces : 2
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE161
Nom Etablissement :

FOURATE

Facture

Numéro	Date	Mode de règlement
FR/FA2300000609	17/06/2023	

Madame ZOHRY BOUCHRA
251364 CASABLANCA
Maroc

Description	Qté	P.U. TTC	Mnt TTC
MONTURE	1,00	2.300,00	2.300,00
VERRES ORGANIQUES PROGRESSIFS ANTIREFLETS	2,00	2.000,00	4.000,00
OD:-1.50(-1.00 45) OG:-1.50(-0.75 130) add:+2.25	0,00	0,00	0,00
En cours de rédaction			
Optical Galerie Beni Mellal 59, Rue Al Fourat Maârif CASABLANCA			

6300,00

Arrête la presente Facture à la somme de :
six mille trois cent dirhams marocains et zéro centime

Siège Social: 59, rue Al Fourat – Maarif Casablanca
R.C N°429043- I. F : 401 48 663- C.N.S.S 8323602-
TP : 35801383- ICE : 000019206000097
Tel: 212 522 232 155- Gsm : 0662 52 47 02
Email : opticalbenimellal@gmail.com

Docteur OUKACHA GHIZLANE

الدكتورة عوكشة غزلان



- Ophtalmologiste
- Diplômée de la Faculté de médecine de Paris
- Ex praticienne des hôpitaux de France
- Membre de l'Association Française d'Ophtalmologie
- Chirurgie de la cataracte et du glaucome
- Chirurgie réfractive au laser
- Adaptation des lentilles de contact
- Rétine médicale
- Agrée pour permis de conduire

- اختصاصية في أمراض وجراحة العيون
- خريجة كلية الطب بباريس
- اختصاصية ملحقة سابقا بالمستشفيات الفرنسية
- عضو في الجمعية الفرنسية لأطباء العيون
- جراحة العدسة . جراحة القرنية بالليزر
- تركيب العدسات اللاصقة
- أمراض الشبكية
- مرخصة لإعطاء شهادة القدرة على السياقة

Casablanca, le 17 juin 2023

Mme ZOHRY Bouchra

Monture + verres correcteurs progressifs
Antireflets, Amincis

VL : OD = - 1.50 (- 1.00 à 45°)

OG = - 1.50 (- 0.75 à 130°)

VP : ODG = Add : + 2.25

Dr. Ghizlane OUKACHA
SPECIALISTE OPHTALMOLOGISTE
39 Rue Al Fourat, n° 10, 1er Etage
Maarif Extension 20370 - Casablanca
Tél: 05 22 23 55 59 - Fax: 05 22 23 55 49

Optical Galerie
Beni Mellal
59, Rue Al Fourat Maarif
CASABLANCA

39, زينة الفرات - الطابق الأول, رقم 10 المعاريف 20370 - الدار البيضاء

39, Rue Al Fourat, 1^{er} étage, N10 Maarif extension, 20370 Casablanca

✉ droukachaghizlane@gmail.com / INPE 091167122

☎ 05 22 23 55 59/49 - 06 28 90 21 71

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 27062023 Num décompte : 9MGE0950009 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6 10/07/23

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.: 17062023 - 17062023 Arrivée: 22062023 Compos.: 81631940

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

CS 300,00 1,00 150,00 80 83 120,00 5,00

DP20 2300,00 1,00 400,00 100 400,00

DP21 2000,00 1,00 400,00 100 400,00

DP22 2000,00 1,00 400,00 100 400,00

Part complémentaire réglée le : 07.07.23

Fin

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

Nb.l.: 4 1320,00 5,00 1325,00

Paie. et édit. dest. : 10072023 10072023

F10=M/trq F12=Aband.

F17=Paie F24=Autres

Adhérent : 090305604 Benef : 01 ZOHRY BOUCHRA

Date.Déc.: 27062023 Num décompte : 9MGE0950009 Décomptes adhérents

P038TPV6 P038TDV6

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.: 17062023 - 17062023 Arrivée: 22062023 Compos.: 81631940

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
CS	300,00	1,00	150,00	80	83	120,00	5,00	
DP20	2300,00	1,00	400,00	100		400,00		
DP21	2000,00	1,00	400,00	100		400,00		
DP22	2000,00	1,00	400,00	100		400,00		

Part complémentaire réglée le : 07.07.23

Fin

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

Nb.l.: 4 1320,00 5,00 1325,00

Paie. et édit. dest. : 10072023 10072023