

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Données 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.

## Prescription :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Biologie 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.

## Ordonnance :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Éducation :

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.

## Prothèse :

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° P19-0029209

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2658 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : MENIAR EL MENIARI

Date de naissance : 30/06/52

Adresse :

Tél. : 06 7 2 8 3 3 3 9 0 Total des frais engagés : 210,75 Dhs

EURO

### 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 :

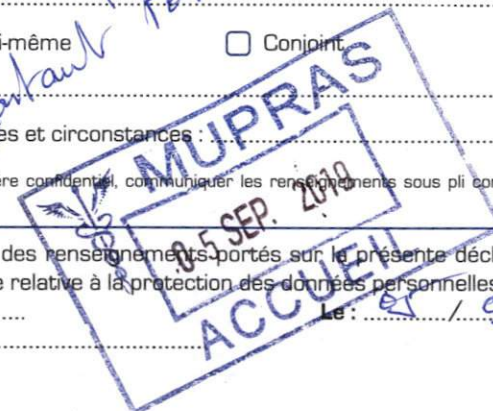
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 2019 Le : 05 SEP 2019

Signature de l'adhérent(e) :



### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM-10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

<p>تاريخ التنفيذ Date d'exécution</p>	<p>الثمن المفوتر Prix facturé</p>	<p>توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux</p>
<p>20/4/20</p>	<p>60,75 euros</p>	<p>N. MINE 123, avenue de Clichy 75017 PARIS Tel. 01 46 27 67 50 75 2 01250 00</p>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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

### Actes Paramédicaux

## عمليات المساعدين الطبيين

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 Paramedical



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

Le nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

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.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 التعااضدية
<p>Identification de l'agent : .....</p> <p>Date de dépôt du dossier : .....</p> <p>تاريخ الإيداع : .....</p>	



التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Ref ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : Touma ZINE الإسم والعائلي والشخصي

N° Affiliation : 363178 رقم الإنخراط

N° Immatriculation : 432874741 رقم التسجيل

N° CIN : B377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : Conjoint علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Adresse : 179 lot Dandoum Sidi Haouaf العنوان

Montant des frais (Dhs) : 210.75 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 2 عدد الوثائق المرفقة

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : ZINE Touma المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ZINE Touma الإسم والعائلي والشخصي

Date de naissance : 05021958 تاريخ الميلاد

N° CIN : B377280 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe\* : M أنثى الجنس

### Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 751541352 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : Consultation spécialisée ABC نوع العلاجات

Maladie\* : X مرض \* Pli confidentiel remis\* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق \*

Maternité\* : X أمومة \* Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation\* : X استشفاء \* Date prévue d'accouchement : التاريخ المتوقع للولادة

Accident\* : X حادث \* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Causes : X أسباب الحادث

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : <u>Constantine</u></p> <p>le : <u>06 05 2019</u> في</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e) : <u>[Signature]</u></p>	<p>أصريح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : <u>Constantine</u></p> <p>le : <u>30 04 2019</u> في</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de la structure de soins : <u>Docteur Laurent</u></p>
--	--

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

751521352

Royaume du Maroc



MME TOURIA ZINE  
NR 179 LOT DANDOUNE SI  
MAAROUF  
CASABLANCA  
20001 CASABLANCA PRINC AL

000056532362

Accusé de Réception

N° Réception : 56532362  
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : ZINE TOURIA  
Immatriculation : 43874741 / 500397558  
Nom et Prénom Bénéficiaire : ZINE TOURIA  
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS  
Date et heure : 6/05/2019 11:41  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123  
Valeur du dossier : 210,75  
Nombre de pièces : 5  
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :  
Etablissement :

ت	Date de réception	تاريخ المعالجة	طريقة الأداء	Bénéficiaire	المصاريف	كنوبس	التعاضدية	المجموع
1	-	29/07/2019	Virement	-	2 100,00	120,00	5,00	125,00
56532362	06/05/2019	Payé en : 83 jours		ZINE TOURIA	2 100,00	120,00	5,00	125,00
1	-	08/07/2019	Virement	-	1 761,00	970,19	166,27	1 136,46
56992319	03/06/2019	Payé en : 34 jours		ZINE TOURIA	1 761,00	970,19	1	



DOCTEUR LAURENT PALAZZO

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS  
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE À LA FACULTÉ  
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ NATIONALE  
FRANÇAISE DE GASTRO-ENTÉROLOGIE  
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE  
D'ENDOSCOPIE DIGESTIVE

GASTRO-ENTÉROLOGIE  
ENDOSCOPIE DIGESTIVE  
ÉCHO-ENDOSCOPIE DIGESTIVE

N° RPPS



10000413178

43, RUE GUERSANT

75017 PARIS

TÉL : 01-47-42-12-49

TÉLÉCOPIE : 01-42-66-36-81

E-mail: dr.palazzo.laurent@gmail.com

Site Internet: docteur-palazzo-gastro.fr

sur rendez-vous

le 30/4/2019

N. MINEL Pharmacien  
123, avenue de Clichy  
75017 PARIS  
Tél. 01 46 27 87 50  
75 2 01250 00

TIRE TOUTE 5978

Reinde durant 10 Jours

1) Pylone : 300 à la fin de 3 Jours

en 300 jours me retourner  
à 22h00

don 12 Jours

PO 0,00 € RC 0,00 € Ass 60,75 € Total 60,75 €

7A10036958001

Produit	Code	Quantité	Unité	Remb	% Hono.	P.U
INEXIUM 40mg Cpr gastro-rés Pils/2	34009355333951	1	34009355333951	6,44	0 %	7,46
INEXIUM 140 mg/125 mg Gt	34009355333951	1	34009355333951	51,76	0 %	52,78
				0,51	0 %	0,51
				6,44	0 %	7,46
				51,76	0 %	52,78
				0,51	0 %	0,51

INEXIUM 40mg Cpr gastro-rés Pils/2  
INEXIUM 140 mg/125 mg Gt

Pharmacie Minel  
123, avenue de Clichy  
75017 PARIS  
Tél. 01 46 27 87 50  
75 2 01250 00

MEMBRE D'UNE ASSOCIATION AGREEE LE RÉGLEMENT DES FRAIS PAR CHÈQUES EST AVALISÉ



feuille de soins

numéro de feuille de soins

N° 11389\*05  
Utilisateur : 2Art. R. 161-40 et suivants du Code de la sécurité sociale  
Art. L. 212-1 du Code de la sécurité sociale2 5 3 6 0 0  
date 3 0 0 4 2 0 1 9

## PERSONNE RECEVANT les SOINS et ASSURÉ(E)

PERSONNE RECEVANT les SOINS (la ligne "nom et prénom" doit être obligatoirement remplie par le pharmacien ou le fournisseur)

nom et prénom ZINE

nom de famille (de naissance et suivi du nom d'usage (surnom) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

date de naissance

ASSURÉ(E) (à remplir si la personne recevant les soins n'est pas l'assuré(e))

nom et prénom ZINE

nom de famille (de naissance et suivi du nom d'usage (surnom) et s'il y a lieu)

numéro d'immatriculation

ADRESSE de L'ASSURÉ(E)

MAROC MAROC

## IDENTIFICATION du PHARMACIEN ou du FOURNISSEUR

PHARMACIE MINEL

123 AVENUE DE CLICHY

75017 PARIS 17E ARRONDISSEMENT

Tél : 01 46 27 67 50

## IDENTIFICATION de la STRUCTURE

PHARMACIE MINEL

752012500

## PHARMACIEN REMPLACANT

nom et prénom

identifiant

dispositif de coordination  
de soins - réseau de santé

## IDENTIFICATION du PRESCRIPTEUR et de la STRUCTURE dans laquelle il exerce

nom et prénom PALAZZO LAURENT

identifiant

raison sociale

n° de la structure

(AM, FINISS ou NIRET)

7 5 1 5 2 1 3 5 2

## CONDITIONS de PRISE en CHARGE de la PERSONNE RECEVANT les SOINS

date de la prescription médicale 3 0 0 4 2 0 1 9

date de l'accord préalable (le cas échéant)

X MALADIE (si exonération du ticket modérateur, cochez une case de la ligne suivante)

SOINS dispensés au titre de l'art. L. 212-1  
(cf. la notice au verso : § précédé de "et"  
et les recommandations importantes)

acte conforme au protocole A.D.

action de prévention

autre

accident causé par un tiers : non X

oui

date

Code	AT/MP	CIP / LPP	U.P.	Qté	P.U.	numéro	ou	date
TOTAL libellé							Nb lire	Subst. Début loc. Fin loc.
PH7	3400921804201		1	51,76	51,76	PYLERA 140 mg/125 mg Gél FI/120		
HD7			1	1,02	1,02	Honoraire de dispensation niveau 7	52,78	
PH7	3400935533951		1	6,44	6,44	INEXIUM 40mg Cpr gastro-rés Plq/28		
HD7			1	1,02	1,02	Honoraire de dispensation niveau 7		
HDR			1	0,51	0,51	Honoraire de dispensation pour délivrance de n	7,62	

## PAIEMENT

Montant primaire : 0,00

MONTANT TOTAL  
en euros

6 0 7 5

Montant mutuelle : 0,00

Montant assuré : 60,75

L'assuré(e) n'a pas payé la part obligatoire

L'assuré(e) n'a pas payé la part complémentaire

signature du pharmacien  
ou du fournisseur

PHARMACIE MINEL

signature de  
l'assuré(e)impossibilité  
de signer

Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration est passible de pénalités financières, d'amende et/ou d'emprisonnement (art. les 313-1 à 313-3, 433-19, 441-1 et suivants du Code pénal, article L. 114-17-1 du Code de la sécurité sociale).

Les informations figurant sur cette feuille, y compris le détail des actes et des prestations servies, sont destinées à votre organisme d'assurance maladie aux fins de remboursement et de contrôle. En application de la loi du 8 janvier 1978 modifiée, vous pouvez obtenir la communication des informations vous concernant et, le cas échéant, leur rectification en vous adressant auprès de votre organisme d'assurance maladie.

N° 11389\*05 - 10/2014

FSPHF 10-2014 53115H