

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-803275

173527

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 01690	Société : ROYAL AIR MAROC		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MAAROUFI JAMIL EDJINE			
Date de naissance : 07-08-1944			
Adresse : Rue Sidi El Sebti 8, Résidence Jolilane, 3ème étage, Appart. 3, ADDOUB, Hay Roud, RABAT			
Tél. : 0668191744	Total des frais engagés : 624, 80 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01 SEP 2023			
Nom et prénom du malade : Sélimar JAOUIARA Age : 68 Ans			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input 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 : Rabat Le : 16/08/2023
 Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-803275
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

Matricule : 01690
 Nom de l'adhérent(e) : MAAROUFI JAMIL
 Total des frais engagés : 624, 80 Dhs
 Date de dépôt : 17-08-2023

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET ADHERENT

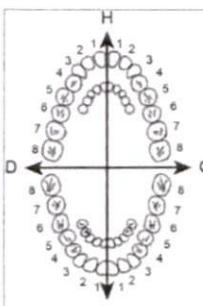
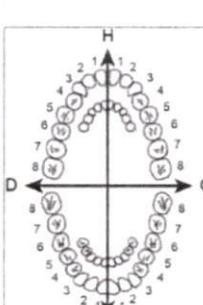
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> -
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/> *
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H 25533412 00000000 D 00000000 35533411	21433562 00000000 G 00000000 11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins

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

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un 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 couvert

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.

توقيع و طابع التعاضدية	
Cachet et signature de la mutuelle	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	
Tariх едър :	

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 ورقة التلقيمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ضرب شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادت الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه عيش أو تصريح كاذب للإسقادة 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.

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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins

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

La feuille de soins ainsi que les pièces justificatives doivent être présentées à la CNOPS dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un 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 couvert

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.

تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض و لكل 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 ورقة التلقيمات الخاصة بالأدوية المشتركة وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الابتدائية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي في ضرب شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

يتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادت الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه عيش أو تصريح كاذب للإسقادة 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.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Assurance Maladie Obligatoire

Feuille de soins Maladie

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم



خاص بالمؤمن له (ها) *

الاسم العائلي والشخصي : **SEM MAR JAOUHARA**

رقم الانحراف : **099136**

رقم التسجيل : **6622519303**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **A129074**

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : **Residence Jouglaouar IMM 3 Apt 3. 4eme 501018 بعده باب Rabet**

مبلغ المصارييف : **624,80 Dhs**

Nombre de pieces jointes : **5**

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي : **SEM MAR JAOUHARA**

تاريخ الإزدياد : **14/02/1961**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **A129074**

الجنس* : **M ذكر F أنثى**

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارس : **41019915693**

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق* : **Oui Non**

تاريخ الحمل : **.....**

ال تاريخ المرتفق للولادة : **.....**

تاريخ الاستشفاء : **.....**

تاريخ الحادث : **.....**

أسباب الحادث : **.....**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

Fait à : **RABAT** في : **13/04/2016** توقيع المؤمن له (ها)

Signature de l'assuré(e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

حرر ب : **RABAT** في : **13/04/2016** توقيع الطبيب المعالج والمعتمد من الصحة

Cachet et Signature du Médecin traitant et de l'Etablissement de soins

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

- INP : Identification Nationale du Praticien

- * Cocher la mention utile pour chaque case

* أثنيب الحالة

CIM-10

جريدة الوصفات التي تم تنفيدها و التجهيزات الطبية المزمعة

Description des ordonnances exécutées dispositifs médicaux fournis

Description des ordonnances émises dispositifs médicaux		
تاریخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي او مون التجهيزات الطبية Signature et cachet du pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
٢٣/٩/٢٠١٥	٣٤٦٤.٨٥	<p>٢٣٧١٣٤٤٣ - ٠٥٣٧٧١٧٧٣ AV Annabah Hay Ryad - Rabat EP. KADIRI Dr. Sanea EL GHARB</p> <p>INPE: 102051620</p>
	INP:	
	INP:	

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

INP:

Actes Paramedicaux

Dr. Horya MAAROUFI BELHADFA

Rhumatologue

Maladies des Os et des Articulations

Diplôme d'Echographie

Ostéoarticulaire de l'Université

Pierre - Marie Curie - Paris

Ancien Médecin à l'Hôpital El Ayachi

Tél : 05 37 67 53 03

(Sur Rendez Vous)

88, Avenue Fal Ould Oumeir 1^{er} étage

app N°7 Agdal - Rabat

الدكتورة حورية المهروفي بلهادفة

أخصائية في أمراض الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل

شهادة الشخص بالأمراض بجامعة

ببئر ماري كوري بباريز

الهاتف: 05 37 67 53 03

(بالميدان)

طبية سابقة بمستشفى العياشي

88 شارع فال ولد عمير الطابق الأول رقم 7

أكادال - الرباط

01/06/2023

Rabat Le : الرباط في:

MME SEMMAR JAOUHARA

٢٠٠.٠٠

٢ • Doliprane 1g

1 CP X 2 / JOUR APRES LES REPAS DU SOIR AU BESOIN

2 BOITES

٦٦.٠٠

• Naprogel 10 %

2 APPLICATION/JOUR X 15 Jours

٩٦.٠٠

• CRIOGEL GRAND MODELE

2 FOIS / JOUR

٢٨.٨٠

• Vitanevril fort

1 CPX 3/jours après les repas X 2 BOITES

٣٢٤.٨٠

Dr. SEMMAR JAOUHARA
Pharmacie MAAROUFI
Dr. KADIRI
Av. Annakhi, Hay Riad - Rabat
Tél. : 05 37 67 53 03 / 06 99 51 63 41
88, Avenue Fal Ould Oumeir - Agdal - Rabat
Spécialiste en Rhumatologie
Echographiste

MME SEMMAR JAOUHARA
NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES
JOULANAR HAY RYAD
RABAT

RABAT RP
10000

N° de Dossier :

81533721

Date et heure : 16/06/2023 13:22

Nom et prénom Assuré :

SEMMAR JAOUHARA

Immatriculation :

55250303 / 050137956

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

SEMMAR JAOUHARA

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

RABAT RUE LOUKILI 53262

Valeur en Dirhams :

624,80

Nombre de pièces :

4

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR309

Nom Etablissement :

Royaume du Maroc



Accusé de Réception

