

## 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.

### 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

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **01690**

Matricule : **01690** Société : **ROYAL AIR MAROC**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : **MAAROUFI JAMIL EDJINE**

Nom & Prénom : **MAAROUFI JAMIL EDJINE**

Date de naissance : **07.08.1944**

Adresse : **SEKTEN 8, Résidence Joulane, IMB APPE 3, Ave ADDOL, Hay Lyad, Rabat.**

Tél. : **0664181344** Total des frais engagés : **624,80** Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **16/08/2023**

Nom et prénom du malade : **SENNAR JAOULARA** Age : **68 Ans**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : **MUPRAS**

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**



[illegible]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

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

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

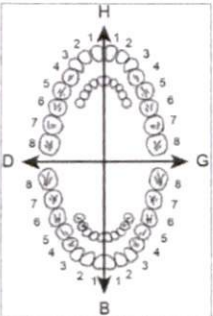
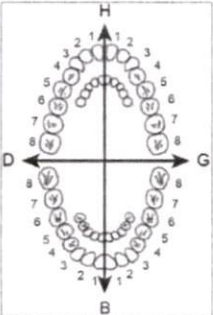
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;">           21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION


**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.**

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

11/11/2019

\_\_\_\_\_

11/11/2019



H

21433552  
00000000

00000000	0
00000000	
11433553	

B

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

11

Page 10

10

11

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مريض و لكل 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 و أتمنتها بالوصفات المرسلة.

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 traitement médical continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours qui sui suivent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الاثباتية إلى الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي 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.

يتم 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 و الأمراض 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 و كل ما سبق ذكره.

توقيع و طابع التعاضدية  
Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

RéANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e) \* (لها) \* خاص بالمؤمن له

Nom et prénom : **SEMMA JAOUHARA** الاسم العائلي و الشخصي :  
N° Affiliation : **088836** رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **158250303** رقم التسجيل :  
N° CIN : **A-129074** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : **Enfant** علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*  
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن  
Adresse : **Residence 8 Résidence Joulouar, Im B, Apt 3, M. 1018, Hay El Jadida, Rabat** العنوان :  
Montant des frais : **624,80** Dhs مبلغ المصاريف :  
Nombre de pièces jointes : **5** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant **تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins **المستفيد من العلاجات**  
Nom et prénom : **SEMMA JAOUHARA** الاسم العائلي و الشخصي :  
Date de naissance : **14/02/1955** تاريخ الإزدياد :  
N° CIN : **A-129074** رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** ذكر ☐ F أنثى ☒ الجنس :

Identification du médecin traitant **تعريف الطبيب المعالج**

N° INP : **119 1995693** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :  
Type de soins **نوع العلاجات**  
Maldie\* ☐ مرض \* Pli confidentiel remis\* : ☐ Oui ☐ Non تم تقديم الطرف المغلق :  
Maternité\* ☐ أمومة \* Date de grossesse : **11/11/11** تاريخ الحمل :  
Date prévue d'accouchement : **11/11/11** التاريخ المرتقب للولادة :  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : **11/11/11** تاريخ الاستشفاء :  
Accident\* ☐ حادث \* Date d'accident : **11/11/11** تاريخ الحادث :  
Causes : **11/11/11** أسباب الحادث :  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. **أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه**  
Fait à : **Rabat** حرر ب :  
le **13/10/2013** في :  
Signature de l'assuré(e) **توقيع المؤمن له (لها)**  
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables. **أصرح بمصادقية و صحة المعلومات أعلاه**  
Fait à : **Rabat** حرر ب :  
le **13/10/2013** في :  
Signature du médecin traitant **توقيع و طابع الطبيب المعالج**  
Cachet et Signature de l'Etablissement de l'Assurance Maladie **طابع و توقيع المؤسسة الوطنية للتأمين الإجباري عن المرض**

- INP : Identification Nationale du Praticien

- \* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخانة



[illegible]

**CIM-10**

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM-10: Classification Internationale des Maladies - dixième révision

[illegible][illegible]

**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<sup>er</sup> étage

app N°7 Agdal - Rabat

**الدكتورة حورية الماروفي بلهدفة**

**أخصائية في أمراض الروماتيزم**

**أمراض العظام والمفاصل**

**شهادة الفحص بالأمواج بجامعة**

**بيير ماري كوري بباريز**

**الهاتف: 05 37 67 53 03**

**(بالميعاد)**

**طبيبة سابقة بمستشفى العياشي**

**88 شارع فال ولد عمير الطابق الأول رقم 7**

**أكدا - الرباط**

01/06/2023

Rabat Le : ..... الرباط في:

**MME SEMMAR JAOUHARA**

44.00

x 2

• Doliprane 1g

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

2 BOITES

44.20

• Naproge 10 %

2 APPLICATION/JOUR X 15 Jours

195.00

• CRIOGEL GRAND MODELE

2 FOIS / JOUR

28.80

x 2

• Vitanevril fort

1 CPX 3/ jours après les repas X 2 BOITES

Pharmacie SARIR  
Dr. Sanaa EL GHARBI  
EP. KADIRI  
EP. Hay Riyad - Rabat  
Tél : 0537 71 32 43 - 0537 74 77 77  
Av. Annakhil

Docteur MAAROUFI HORYA  
Spécialiste en Rhumatologie  
Echographe  
88, Avenue Fal Ould Oumeir - Agdal-Rabat  
Tél : 05 37 67 53 03 / 06 89 51 63 41

MME SEMMAR JAOUHARA

NO 3 SECTEUR 8 IMM B RES

JOULANAR HAY RYAD

RABAT

RABAT RP

10000

Royaume du Maroc



Accusé de Réception



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 :

1

Code Etablissement :

Agent de réception :

5MTR309

Nom Etablissement :