

## RECOMMANDATIONS ACTIVER LES F

## IMPORTANTES A LIRE POUR LEMENTS ET EVITER LES REJETS

### Conditions générales

- Le cadre réservé à
- Le cadre réservé à
- La validité de la f
- L'entente préa
- extractions my
- que pour tor
- En cas d'ac
- soins.

### Pharmacie

- Les vig
- Pour l

### Radiolog

- La
- jo
- r

### Op

- 

### Denta

- En cas de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire 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.

ment renseigné.

enseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

se à 3 mois à compter de la première consultation.

toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux,

ontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi

rie.

isant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de

être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ne facture de la pharmacie doit être jointe.

ats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être

toute demande de remboursement.

pteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

teur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

e par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de

acture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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° W21-803277

☐ Maladie

☒ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01690

Société : Royal Air Maroc

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : MAAROUFI JAMAL EDDINE

Date de naissance : 07.08.1954

Adresse : Kiteus 8, Résidence JAOUHARA IM 4 B' AP 3

Avenue ADDOLB - Hay Ryad - Rabat

Tél. : 0664171744

Total des frais engagés : 602,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : JEMMAR JAOUHARA Age: 68 ans

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 : Rabat

Le : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-803277

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 JAMAL

Total des frais engagés : 602,00 Dhs

Date de dépôt : 08.09.2023

RELEVÉ 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"/>

[illegible]

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	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

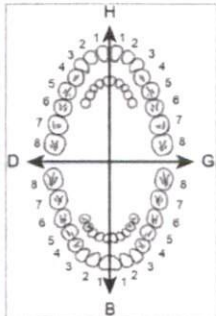
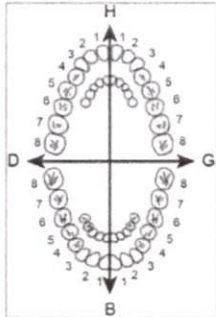
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

INP : | | | | | | | |

FIN  
D'EXECUTION

	H	
25533412		21433552
00000000		00000000
D		G
00000000		00000000
35533411		11433553
	B	

DATE DE  
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 1

PAYE

NON PAYE 1

1 Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	06/09/2023	Virement	-	2 141,10	300,00	17,00	317,00
82130669	24/07/2023	Payé en : 44 jours		SEMMAR JAOUHARA	2 141,10	300,00	17,00	317,00
- 1	-	05/09/2023	Virement	-	602,00	262,85	42,08	304,93
82130640	24/07/2023	Payé en : 43 jours		SEMMAR JAOUHARA	602,00	262,85	42,08	304,93
1	-	03/08/2023	Virement	-	624,80	120,00	5,00	125,00
1	-	28/06/2023	Virement	-	2 183,80	1 673,30	0,00	1 673,30
3	-	23/03/2023	Virement	-	6 910,90	2 858,58	637,42	3 496,00
1	-	21/01/2023	Virement	-	559,00	218,90	3,00	221,90

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 : 82130640 Date et heure : 24/07/2023 12:50  
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 RYAD 50661  
Valeur en Dirhams : 602,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : 5MTR244  
Nom Etablissement :

Date d'édition : 24/07/2023 12:51:24

Docteur Mouataz EL HAJOU  
Chirurgien Dentiste  
Stomatologiste

الدكتور معتز الحجوي  
طبيب الأسنان  
جراحة الفم

Rabat, le

17 07 2023  
Semmar JAOUH

Dr. Mouataz EL HAJOU  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

A  
102.00

Binodoo 07/4C

1 CP 3X1  
falt 50r2

T: 102.00  
Pharmacie SAFIYA  
Dr. Sana EL GHARBI  
Ep. KADIRI  
Av. Amekil, Hay Riad - Rabat  
Tél.: 0537 74 24 45 - 0537 74 18 07

Dr. Mouataz EL HAJOU  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

SUR RENDEZ-VOUS

Hay Al Fath, Av. Al Fath Imm. 275 Apt. n°10 - Rabat - Tél. : 05 37 79 18 07  
حي الفتاح، شارع الفتاح، عمارة 275 شقة رقم 10 - الرباط - الهاتف : 05 37 79 18 07

Docteur Mouataz EL HAJOU  
Chirurgien-Dentiste  
Stomatologiste



**Facture N° 02**

Dr. Mouataz EL HAJOU  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

Fait à RABAT ,

Le 21-07-2020

Dr. MOUATAZ EL HAJOU  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

Je soussigné Docteur en Médecine Dentaire « EL HAJOU MOUATAZ » ,

Certifie, que : M<sup>lle</sup> SEMMAR SADUHARA.

A payé : 500,000 (Cinq cent ds)

Pour : les soins de la 27

→ ob. à Amel

Facture remise en mains propre à l'intéressé pour servir et valoir ce que de droits.

Signature: Dr. Mouataz EL HAJOU  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

Hay Al Fath, Av, Al Fath Imm 275 Apt N°10-Rabat TEL : +212(0) 537 791 807

I.C.E : 001853173000033  
PATENTE : 27020062

I.N.P : 104005962  
I.F : 35786856



## 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 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 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 effectuée 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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأثبتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمونها 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الباجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

مرافقة نسفة  
Entente Préalable

تنفيذ  
Exécution

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SEMMAR JAOUHARA الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : رقم الإنخراط : 089136

N° Immatriculation : رقم التسجيل : 11215101013

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية : AL1129074

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

Conjoint زوج \* Enfant ابن

Adresse : 8 Res. DENT JOURNALER Imm. B' Alk 3 العنوان

Ave. ADJALB. Hay Ayas, Rasik

Montant des frais (Dhs) : 602,00 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 3 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins SEMMAR JAOUHARA المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SEMMAR JAOUHARA الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 11/10/2013 تاريخ الميلاد

N° CIN : AL1129074

Sexe\* : M ذكر F أنثى

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 11010051962 الرقم الوطني الإستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Soins\* : علاجات

Prothèse\* : Orthodontie et O.D.F\* : Orthodontiste

Autres\* : Chir. Dentiste

N° entente Préalable : Imm. 275 - N° 10 Hay El Fath

En cas d'accident précisez : Tel.: 0537 79 18 07

La date de l'accident : في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي : تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : أسباب الحادث :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : Rasik

le : 11/10/2013

Signature du bénéficiaire (e)

Cachet et Signature du médecin traitant

INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.03.01  
مرجع رقم

Dr. Mouarraf Chir. Dentiste Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 Hay El Fath  
Tel.: 0537 79 18 07

Dr. Mouarraf Chir. Dentiste Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 Hay El Fath  
Tel.: 0537 79 18 07

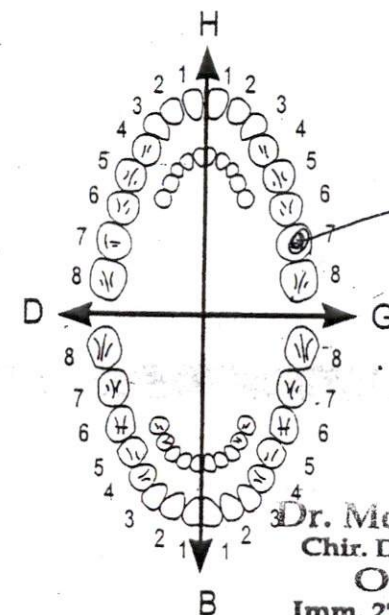
Dr. Mouarraf Chir. Dentiste Orthodontiste  
Imm. 275 - N° 10 Hay El Fath  
Tel.: 0537 79 18 07



[illegible]

Orthodontiste  
Dr. D. Dentier  
Tél.: 0537 79 18 07  
N° 10 - Haye

عمليات المساعدين الطبيين			
رمز العمل des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé
:			
:			



Amolfr

**Dr. Mouataz EL HAYOU**  
Chir. Dentiste Stomatologiste  
**Orthodontiste**  
Imm. 275 - N° 10 - Hay El Fath  
Tél.: 0537 79 18 07

على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرىة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.  
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.

# BIRODOGYL

**Biridogyl**  
 BIRODOGYL  
 CP PEL 815  
 P.P.V.: 102DH00  
 LOT: 22E011F  
 PER.: 11 2025

SPIRAMYCINE - METRONIDAZOL

6 118000 066567

**15 comprimés pelliculés**

ישראל