

RECOMMANDATIONS
ACTIVER LES F

Conditions générales

- Le cadre réservé à l'adhérent
- Le cadre réservé à l'assureur
- La validité de la feuille de soins
- L'entente préalable à toute hospitalisation
- Extractions médicales
- soins
- En cas d'accident

Pharmacie

- Les vignettes doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- La facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiolog

- La facture et la facture de l'opticien doivent être jointes à la feuille de soins.

Optique

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

Dentaire

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

IMPORTANTES A LIRE POUR
LES ACCIDENTS ET EVITER LES REJETS

ment renseigné. renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. de 3 mois à compter de la première consultation. suite hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, prothèse dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour toute autre.

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

être obligatoirement jointes aux ordonnances. La facture de la pharmacie doit être jointe.

tats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être joint à toute demande de remboursement. Le prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de

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

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

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

de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est de traitement.

te 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

N° W21-803277

175789

Or

<input type="checkbox"/> Maladie	<input checked="" type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)		Société : Royal Air MAROC	
Matricole : 01690		Autre : MAAROUFI JAMAL EDDINE	
<input type="checkbox"/> Actif		<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	
Nom & Prénom : JEMMAR JAOUHARA			
Date de naissance : 07.08.1944			
Adresse : Avenue Abdellah - RUE LYAD - RABAT			
Tél. : 0664171744		Total des frais engagés : 600,00 Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	<input type="checkbox"/>		
Cachet du médecin :	<input type="checkbox"/>		
Date de consultation :	JEMMAR JAOUHARA		
Nom et prénom du malade :	Age : 68 Ans		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" 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 : 08/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL

VOLET ADHERENT	N° W21-803277
Déclaration de maladie	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 : 600,00 Dhs
Date de dépôt : 08.09.2023

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

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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.

O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

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	PAYÉ	NON PAYÉ	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 :

Docteur Mouataz EL HAJOUI
Chirurgien Dentiste
Stomatologue

الدكتور معتز الحجوي
طبيب الأسنان
جراحة الفم

Rabat, le

17

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

SEMMAR JAOUI

A
102.00

Binaodo 07/9/06

1 CP 3 X 5
Polt 50rs.

Pharmacie SAFIYA
Dr. Sanaa EL GHARBI
Dr. EP. KADIRI
Av. Attakil, Hay Riyad - Rabat
Av. Attakil, Hay Riyad - Rabat
0537 79 18 07

Dr. Mouataz EL HAJOUI
Chir. Dentiste Stomatologue
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 النفتح، شارع النفتح، عمارة 275 شقة رقم 10 - الرباط - الهاتف : 05 37 79 18 07

Docteur Mouataz EL HAJOUI
Chirurgien-Dentiste
Stomatologue



Facture N° 02

Fait à RABAT ,

Le : 21-07-2007

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

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

Certifie, que : M. SEMMAR SAOUHARA.

A payé : 500,000 (cinq-cents dirhams).

Pour : les soins de la 27.

→ Ob. à Annif

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

Dr. MOUATAZ EL HAJOUI
Chir. Dentiste Stomatologue
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

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 ya 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 trail 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

Instructions à suivre

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حدث.

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأشمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي إليها في طرف 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 المضروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الإخطار الباجمة عن حوادث الشفل والأمراض المهنية غير قابلة للتغويض.

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

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

تاريخ الإيداع : ٢٠١٩/١٠/٢٣



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان

Feuille de soins Dentaires

موافقة سنتية
Entente Préalable

تفصيـل
Exécution

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي : SEMMAR JAOUHARA

رقم الإنخراط :

٩٩٩٦٣٦

رقم التسجيل :

٦٣٦١٥٣٦٤٢

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

٦٣٦١٢٩٥٧٤١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

ابن

Joint * زوج

Enfant

Adressse : سطح ٨، Résidence JAOUHARA Imm. ٦٦٦٣ العنوان

avenue ANDOLABE HAY AYAO, Rabat

Montant des frais (Dhs) : ٦٠٢,٠٠

Nombre de pièces jointes : ٣

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

Identification du chirurgien dentiste

N° INP

Type de soins

Soins* :

Prothèse* :

Orthodontie et O.D.F* :

Autres* :

N° entente Préalable :

En cas d'accident précisez :

La date de l'accident :

Les causes de l'accident :

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

Fait à : ٢٠١٩/١٠/٢٣
في : ٢٠١٩/١٠/٢٣
موقـع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاج

الإسم العائلي والشخصي

العنوان

Dr. Mouataze A. Chir. Dentiste Stomatolog

Orthodontiste

Imm. ٢٧٥ - N° ١٠، Hay El Fath

Tél. ٠٥٣٧٢٧٥٣٥٣

فرع طبيب الأسنان

الرقم الوطني الإستدلالي للمسار

نوع العلاجات

العلاجات

Dr. Mouataze A. Chir. Dentiste Stomatolog

Orthodontiste

Imm. ٢٧٥ - N° ١٠، Hay El Fath

Tél. ٠٥٣٧٢٧٥٣٥٣

في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

تاريخ الحادث :

أسباب الحادث :

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

