

## 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.



**MUPRAS**  
Mutuelle de Prévoyance  
& d'Actions Sociales  
de Royal Air Maroc

## Déclaration de Maladie

N° W19-586877

*Cover*

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **766M**

Matricule : **768** Société : **RAM**

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : **BENCHEKROUN Me**

Date de naissance : **01-07-1945**

Adresse : **106 Bd de L'ATLANTIDE POLO**  
**Casablanca**

Tél. : **0661174798** Total des frais engagés : **2650,00** Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **02 JUL 2021**

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 : **Casa**

Le : **30 / 06 / 2021**

Signature de l'adhérent(e) :

### Adresses Mails utiles

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Aïal Ben Abdellah 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïal Ben Abdellah - Quartier de l'Hayat  
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)

### 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"/>

### 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

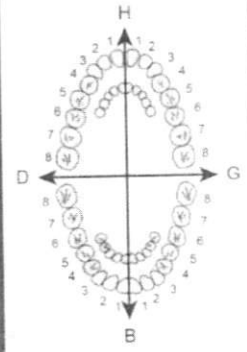
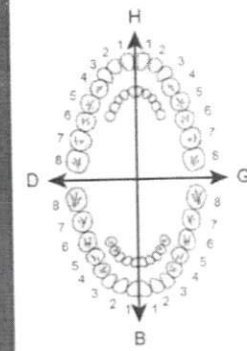
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 canalaires, 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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		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"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	[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



Caisse Nationale des Organismes  
 de Prévoyance Sociale

4, rue AL Khalil  
 BP 209 - Rabat

[www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma)

Madame, Monsieur,

BOUZOUBAA AMINA  
 106 AV ATLANTIDE POLO  
 20001 CASA



CNOPS

## كشف حول الموافقة على التحملات لفائدتكم Relevé des accords de prise en charge en votre faveur

سيدتي، سيدي

بناء على طلب التحمل الذي تقدم به منتج العلاجات المبين أسفله لفائدتكم، نخبركم أن الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي وافق على هذا الطلب كما هو مبين في الجدول التالي :

رقم الملف N° du Dossier	منتج العلاجات Prestataire de soins	المستفيد Bénéficiaire	مدة صلاحية الموافقة Durée de validité de l'Accord	نوعية الخدمات Nature de la prestation	حصة الصندوق ** Part CNOPS en DH	حصة المؤمن ** Part Assuré en DH
67958891	CLINIQUE RACHIDI	BOUZOUB AA AMINA	du 28/05/2021 au 28/06/2021	ACTE DE CHIRURGIE	5850,00 DH	650,00 DH

ملحوظة :

- \* لإبداء ملاحظتكم، المرجو مراسلة مصالح الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي، الكائن ب 4 زنقة الخليل - الرباط، أو على العنوان البريدي : ص. ب 209 - الرباط
- \*\* يتم احتساب حصة الصندوق وحصة المؤمن بناء على نسب التحمل المنصوص عليها في القانون 00-65 ونصوصه التطبيقية، كما يتم تحديد قيمة الخدمات موضوع طلب التحمل على أساس التعريفة الوطنية المرجعية المبرمة مع منتجي العلاجات تحت إشراف الوكالة الوطنية للتأمين الصحي.
- \*\* لا يشمل الكشف بعض الخدمات الإضافية (مبيت المرافق أو المرافقة، غرفة فردية، إلخ) التي لا تدخل في إطار الخدمات التي يتحملها الصندوق بموجب النصوص القانونية والاتفاقيات الوطنية مع منتجي العلاجات

Casablanca, le : ..... في ..... الدار البيضاء

**TICKET MODERATEUR et PRESTATIONS COMPLEMENTAIRES**

Numéro Facture	Date facture	Nom du patient	Période hospitalisation	
			Début	Fin
136984 /2021	21/06/2021	Mme BOUZOUBAA AMINA	21/06/2021	21/06/2021

Désignations des prestations	Lettres Clé	Nbre	Prix unitaire	Montant DH
<b>Ticket modérateur</b>				
CATARACTE+IMPLANT PAR PHACO OG		1,00	2 650,00	2 650,00
<b>Total ticket modérateur</b>				<b>2 650,00</b>

Arrêté le total adhérent à la somme de <b>DEUX MILLE SIX CENT CINQUANTE DIRHAMS</b>	<b>Total adhérent</b>	<b>2 650,00</b>
--	-----------------------	-----------------

<b>Total facturé (dhs)</b>	<b>8 500,00</b>
- Montant pris en charge par l'organisme (dhs)	5 850,00
- Montant à charge de l'adhérent (dhs)	2 650,00

Payé Le: 21 JUIN 2021  
Par CHQ N° 8.6.0.127424  
Tiré: T.G.  
Montant: 2650

CLINIQUE RACHIDI  
43 Bd. Rachidi - Casablanca  
Tél: 0522 29 48 36 / 0522 20 92 43  
Fax: 05 22 22 03 57