

## 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



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

N° W19-544641

142040

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autre**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7703 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité

Nom & Prénom : ELHOUARI ABDELILAH

Date de naissance : 01/01/1955

Adresse : KHEIII, 205 RAM RAELJADIDAL

Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : 865,00 DH

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/10/2021

Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 58

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

Nature de la maladie : Complément de dossier

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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclaire avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 15/11/22

Signature de l'adhérent(e) :

SDH



## 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 effectué 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 اللازمة (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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية التي تنتمون 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 الناجمة 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 الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : SEKKAT RAJAE  
رقم الانخراط : 21667111  
رقم التسجيل : 9326841448  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : C 352279  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له : Conjoint

العنوان : Route de Sidi el palmier 400, 111  
Montant des frais (Dhs) : 865,00  
عدد الوثائق المرفقة : 2 pièces

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات  
الاسم العائلي و الشخصي : SEKKAT RAJAE  
تاريخ الازدياد : 30/08/1963  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : C 352279  
الجنس : M - ذكر

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدالي للممارس : 091069303  
نوع العلاجات :  
تم تقديم الظرف المغلق : \* Oui Non  
تاريخ الحمل :  
التاريخ المرتقب للولادة :  
تاريخ الاستشفاء :  
تاريخ الحادث :  
أسباب الحادث :  
Pli confidentiel remis :  
Date de grossesse :  
Date prévue d'accouchement :  
Date d'hospitalisation :  
Date d'accident :  
Causes :  
Maladie \* :  
Maternité \* :  
Hospitalisation \* :  
Accident \* :

توقيع وطابع التعاوضية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent : .....	Identification de l'agent : .....
تاريخ الإيداع : .....	Date de dépôt du dossier : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : Casablanca le : 12/10/2022 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sinceres et véritables. Fait à : ..... le : ..... توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة التعاوضية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
--	--

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع  
Tel. 05 22 98 17 95

**عمليات الإحياء، الأشعة و الصور**

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإخصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

--	--	--	--

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



MME SEKKAT RAJAE  
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA  
CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier : 77734022

Date et heure : 30/11/2022 11:24

Nom et prénom Assuré : SEKKAT RAJAE

Immatriculation : 93684448 / 090202644

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: SEKKAT RAJAE / 01

Type de dossier : FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception : CASA 90171

Valeur en Dirhams : 865,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :

# Docteur Zineb GUESSOUS

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

## SPECIALISTE

Maladies de la peau - du cuir Chevelu

Maladies sexuellement transmissibles

Esthétique, Cosmétologie

Diplôme de Cancérologie Cutanée

Diplôme de Diététique Médicale et Diabetologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MEDICALE

# الدكتورة زينب جوسوس

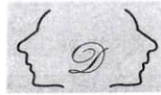
خريجة كلية الطب بمونبيلي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر



Casablanca, le .....12/20

SEKKAT



1 PA. ∞

99. Aglar

- eds 2000

(S.V)

1 cp de soir

79. ∞

- Mefsal 15.

T. 365. ∞

Dr. Zineb  
Dermatologue

Centre Commercial Nadia - IMM 2  
Bd Brahim Roudani - Casablanca

Tel 05 22 98 17 95 Fax 05 22 98 17 96

Pharmacie MIMOSAS

Hind LAKHMIRI

Docteur en Pharmacie

400, Route d'El Jadida

CASABLANCA

Tel: 022 98 86 97 Fax: 022 98 24 76  
طريق الجديدة - عمارة 2 رقم 4 الطابق الأول - طرامواي - بوسجور - الدار البيضاء

05 22 98 17 96 - الفاكس : 05 22 98 17 95

Centre Commercial Nadia - BD. Brahim Roudani (Ex route El Jadida) - Imm. 2 n° 4, 1<sup>er</sup> étage - tram : station de l'Europe

Tél: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

E-mail : drzinebguessous@gmail.com



# Docteur Zineb GUESSOUS

Diplômée de la Faculté de Médecine de Montpellier

## SPECIALISTE

- Maladies de la peau - du cuir Chevelu
- Maladies sexuellement transmissibles

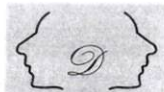
Esthétique, Cosmétologie

Diplôme de Cancérologie Cutanée

Diplôme de Diététique Médicale et Diabetologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MEDICALE



# الدكتورة زينب جيسوس

خريجة كلية الطب بمونبيلي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le 12/10/2022 في الدار البيضاء،

SEKKAT Rafae

Fiche d'honoraires

Cs spécialisée

Exercice venant

) 5H 5000

Dr. Zineb GUESSOUS  
Dermatologie - Cosmétique  
Centre Commercial Nadia - IMM 2  
Bd Brahim Roudani - Casablanca  
Tel 05 22 98 17 95 Fax 05 22 98 17 96

المركز التجاري نادية - شارع إبراهيم الروداني (سابقا طريق الجديدة) - عمارة 2 رقم 4 الطابق الأول - طرامواي : بوسجور - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 98 17 96 / 05 22 98 17 95 - الفاكس : 05 22 98 17 96

Centre Commercial Nadia - BD. Brahim Roudani (Ex route El Jadida) - Imm. 2 n° 4, 1er étage - Tram : station Beauséjour - Casablanca

Tél: 05 22 98 17 95 / 05 22 98 17 96 - Fax: 05 22 98 17 96

E-mail : drzinebguessous@gmail.com



CAISSE NATIONALE DES ORGANISMES  
DE PRÉVOYANCE SOCIALE  
Gestionnaire de l'Assurance maladie Obligatoire

Recherche

PRODUCTEURS DE SOINS

ASSURÉS

EMPLOYEURS

CNOPS



Le plug-in Adobe Flash Player n'est plus compatible

Accueil > Application > assure app

(/portailapps/www/index.php/assures/authentification) Me déconnecter

Remboursements

Prises en charge

Immatriculation

Menu



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

ENREGISTRE 2

EN COURS DE TRAITEMENT 3

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
3	-	-	2 143,00	957,54	148,95	1 106,49
77734022	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	865,00	435,50	70,40	505,90
77733944	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	612,00	212,69	19,47	232,16
77733847	30/11/2022	SEKKAT RAJAE	666,00	309,35	59,08	368,43

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger (<https://play.google.com/store/apps/details?id=com.cnops.app&hl=fr>)

☆☆☆☆☆