

## 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

- 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° W21-792385

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite

Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELILAH

Date de naissance : 01.01.1955

Adresse : 400 RUE EL JADIDA Appt 111 Casablanca

Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21.02.2023

Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 59

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

Nature de la maladie : Compromis de décision

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 : Casablanca Le : 26/03/2023

Signature de l'adhérent(e) :



## 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 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.

## تعليمات يجب اتباعها

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 وأدويةها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاقدية 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 يومًا) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المحسوبة 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 طبقاً للنساطر القانونية.

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

توقيع وطابع التعاقدية	Cache et signature de la mutuelle
تاريخ الإيداع :	Date de dépôt du dossier :
Identification de l'agent :	



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسجلة  
Entente Préalable

تنفيذ  
Execution

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
REF ANAM 1.1.03.01  
مراجعة رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SEKKAT RAJAE** الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **266711** رقم الانخراط :

N° Immatriculation : **932684448** رقم التسجيل :

N° CIN : **C352279** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☒ زوج ☐ Enfant ☐ ابن  
Adresse : **400 Résidence Le palmier route** العنوان :  
**Aljeidida Casablanca Naxe**

Montant des frais (Dhs) : **2000 Dht** مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : **5** عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **SEKKAT RAJAE** الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : **30/08/1963** تاريخ الازدياد :

N° CIN : **C352279** رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : **M** ذكر **F** أنثى الجنس :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : **054 16 43 65** الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Soins\* : ☒ علاجات

Prothèse\* : ☐ تعويض الأسنان

Orthodontie et O.D.F\* : ☐ تقويم الأسنان والفكين

Autres\* : ☐ علاجات أخرى

N° entente Préalable : رقم المرافقة المسبقة :

En cas d'accident précisez : في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي :

La date de l'accident : تاريخ الحادث :

Les causes de l'accident : أسباب الحادث :

أشيد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
فأشيد على صحتها وأتأكد من دقة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
أشيد على صحتها وأتأكد من دقة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Fait à : **الرباط** Fait à : **الرباط**  
le : **21 02 2023** le : **21 02 2023**  
توقيع المؤمن له (لها) : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Signature de l'assuré(e) : Cache et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

INP - Fédération Nationale des Praticiens  
Cocher la mention utile pour chaque cas

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا الطبع



## description des ordonnances

## جرد الوصفات

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	المبلغ المفقوت Prix facture	توقيع وطابع الصيدلي أو مرفوع التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux

## Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie

## 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 المفقوت Montant facture	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

## Actes Paramédicaux

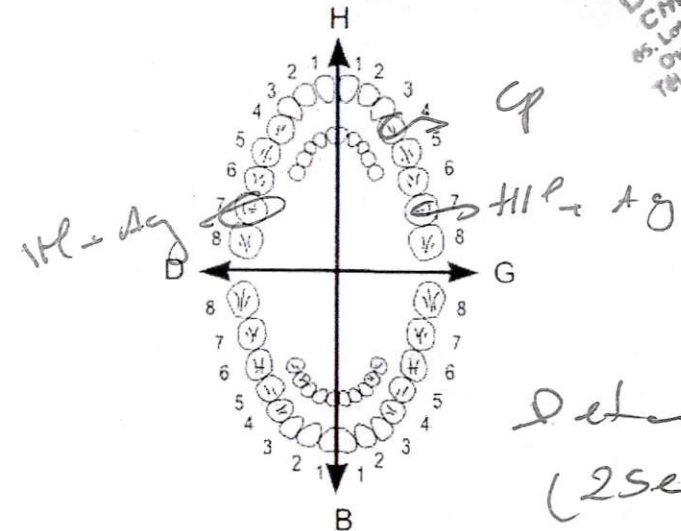
## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facture	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

## Description des actes

## وصف العمليات

استاذ معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفقوت Montant facture	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
17	D706	03/10/2023	D	25	600	
	D700		D	10		
27	D706	07/10/2023	D	25	600	
	D700		D	10		
24	D700	14/10/2023	D	10	400	
	D708	14/10/2023	D	12	200	
	D708	14/10/2023	D	12	200	



يجب على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجرأة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملاتها طبقاً لتدليل 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.

Dr. Hind DAKIR  
Chirurgien Dentiste  
05, Lot Amine 2ème Etg Sidi Maarouf  
Ouled Haddou Casablanca  
Tel: 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03



MME SEKKAT RAJAE  
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

79862081

Date et heure : 20/03/2023 14:52

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 90158

Valeur en Dirhams :

2.000,00

Nombre de pièces :

5

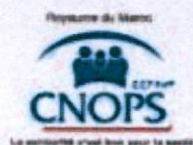
Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE398

Nom Etablissement :






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	-	-	4 833,50	2 258,83	363,67	2 622,50
79862384	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 171,50	550,45	95,40	645,85
79862081	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	2 000,00	1 380,00	197,13	1 577,13
79862188	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 662,00	328,38	71,14	399,52

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger

☆☆☆☆☆

# Clinique Sidi Othman



Casablanca, le 01/02/23 دار البيضاء، في

SEKKAF

28x10 (S)

INEXIUM 17 20

46,70 x 2 gél.  
2) ESOMYK 150  
1 gél / semaine

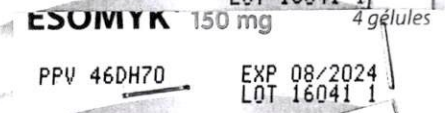
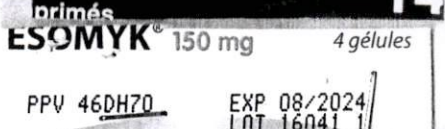
3) Ofiken 200 mg

2 c/j

T: 427,60



Pharmacie MIMOSA  
Hind ELAKHIMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA  
Tél: 022 59 75 75 - Fax: 022 59 76 76 - ICE: 001684270000056



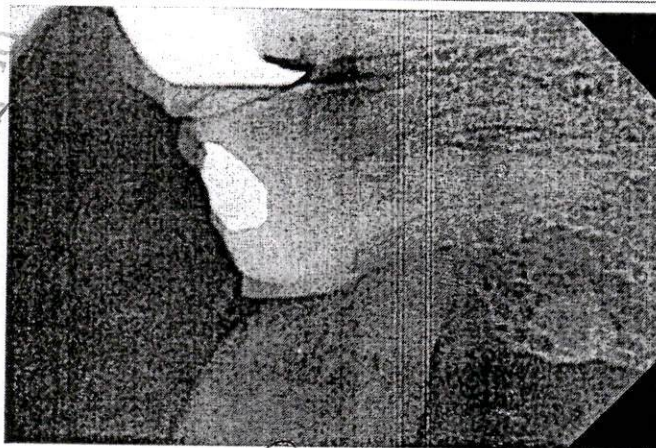
2023-02-21

Graphique Numero:20230131\_120114 Le genre:Femelle

Nom:sekkat rajae

Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y

DR. HIND DAKIR  
Chirurgien Dentiste  
65, Lot Amine 2 ème Etg 500 Mervani  
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 98 17 03



IO 27 20230207\_121355

Graphique Numero:20230131\_120114 Le genre:Femelle

Nom:sekkat rajae

Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y

DR. HIND DAKIR  
Chirurgien Dentiste  
65, Lot Amine 2 ème Etg 500 Mervani  
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 98 17 03

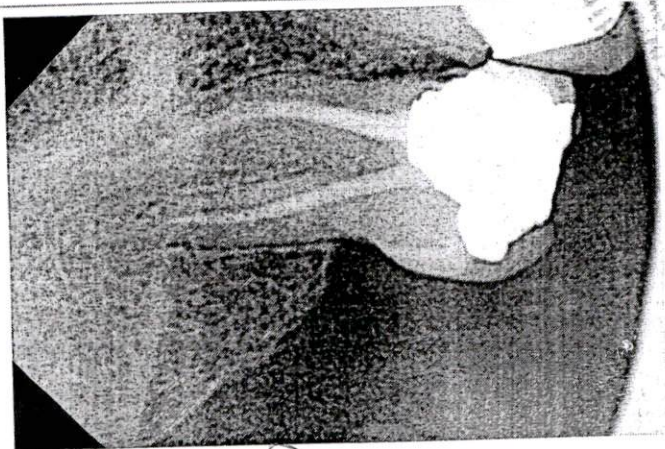


IO 27 20230207\_122844



2023-02-21

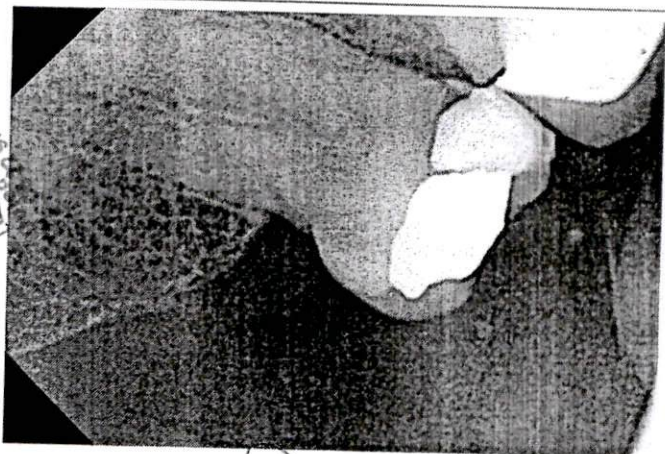
Graphique Numero:20230131\_120114 Le genre:Femelle  
Nom:sekkat rajae  
Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y



IO 17 20230221\_114548

2023-02-21

Graphique Numero:20230131\_120114 Le genre:Femelle  
Nom:sekkat rajae  
Date de naissance:1963-08-30 Âge:60Y



IO 17 20230131\_122521



# NOTE D'HONORAIRES

Dr. Hind DAKIR  
Chirurgien Dentiste  
65 Lot Amine 2ème Etg Sidi Maârouf  
Ouled Haddou - Casablanca  
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Nom et prénom du médecin dentiste : .....

N° de l'INPE : 094 16 43 65

N° de l'ICE : 00A 61 42 21 00 00 05

N° de l'IF : 50 71 58 70

Bénéficiaire : SEKKAT RAJAC

Date : 21/02/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعاملة Valeur Clé	المبلغ الفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Médecin Dentiste
17	706	21/02/2023	D	25	600 dh	
27	706	07/02/2023	D	25	600 dh	
24	700	14/02/2023	D	10	400 dh	
-	707	14/02/2023	D	12	200 dh	
-	708	21/02/2023	D	12	200 dh	

Montant global : 2000 dh

Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Signature et cachet

Adresse : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Dr. Hind DAKIR  
Chirurgien Dentiste  
65 Lot Amine 2ème Etg Sidi Maârouf  
Ouled Haddou - Casablanca  
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03