

## 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 canalaires, 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 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.

N° W21-792381

ASS779

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 07703		Société : RAM Retraité	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input checked="" type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : EL HOUARI APPELIAH			
Date de naissance : 01/01/1955			
Adresse : 400 RT EL JARIDA APP TIII Casab			
Tél. : 0664183090		Total des frais engagés : .....	
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 25/07/2023			
Nom et prénom du malade : SEKKAT RAFAE Age: 59			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Coup de soleil			
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 : Casab Le : 26/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : Sdhi



## Instructions à suivre

une feuille de soins par personne et par ent.

lle de soins doit être accompagnée de les pièces justificatives originales iances médicales, factures, résultats des s de radiologie et/ou de laboratoire).

et prénom de la personne soignée être portés par les praticiens eux mêmes que feuille de soins.

ospectus et les PPM concernant les nents achetés doivent être joints aux nces transmises.

ille de soins ainsi que les pièces tives doivent être présentées à votre e dans les deux mois qui suivent le acte médical, sauf s'il y a traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier présenté dans les soixante (60) jours ent la fin du traitement.

boursement des frais engagés sera sur la base de la tarification nationale de e.

ques liés aux accidents du travail et s professionnelles ne sont pas couverts.

ersonne coupable de fraude ou de fausse ion pour obtenir des prestations qui ne dues, est possible des sanctions légales nentaires.

tion de remboursement prise par la est subordonnée au respect des ns réglementaires et de ce qui précède.

## تعليمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل حادث.

يجب ارفاق 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 ارفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراء وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التأمينية التي تتضمن إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ماعدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

## Cachet et signature de la mutuelle

### توقيع و طابع التأمينية

Identification de l'agent : .....  
Date de dépôt du dossier : .....  
Tariq al-eid : .....

## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

## Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

Réf ANAM 1.1.01.01

مراجع رقم



N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي و الشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له \*

SEKKAT RAJAH

266711

932684448

C352279

Conjoint

Enfant

عنوان : 400 Route de la palmier route Aljedid  
Casablanca.

Montant des frais (Dhs) : 16.62,00 DH

Nombre de pièces jointes : 5

## Déclaration du médecin traitant

### Bénéficiaire de soins

SEKKAT Rajah

30 08 1963

C352279

M F ذكر X أنثى

## Identification du médecin traitant

091044610

### Type de soins

Maladie \*

X مرض \*

Maternité \*

أمومة \*

Hospitalisation \*

استشفاء \*

Accident \*

حادث \*

Pli confidentiel remis : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : Casablanca  
le : 23 01 2023

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca  
le : 23 04 2023

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

### **description des actes effectués**

وصف العمليات المحروقة

CIM - 10

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة  
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

الطب الاعياء، الأشعة و الصور

Actes Paramédicaux

مكتبة المساعد الدين العلوي

Clinique  
Sidi Othman



مصحة  
سيدي عثمان

Casablanca, le 23/01/23 الدار البيضاء، في:

SEKKATI

Rajae

- Ostéodensitométrie

RADIOLOGIESURPRISE  
Laghdid, B.P. 5800, Route de Rabat  
Casablanca, Maroc, 20100  
Tél.: 05 22 59 75 75 - Fax : 05 22 59 76 76

Dr. A. EL MOUNI Nadia  
Spécialiste en médecine nucléaire

# **RADIOLOGIE SOCRATE**

**FACTURE N°00197/23**

**CASA LE 09.2.23**

**Nom & prénom :**  
**SEKKAT RAJAE**

Examens	Prix
Ostéodensitométrie	800.00
TOTAL :	<b>800.00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
Huit cent dirhams.

Angle Bd Brahim Roudani et Rue Nassih Eddine-Résidence ANFA1  
Casa.0522.25.73.13-0522.25.75.05 Patente:35803986 TVA. 817743  
R.C. 79363 I.F. 01003328 CNSS:2626036 ICE : 001321320000087

Clinique  
Sidi Othman



مصحة  
سيدي عثمان

Casablanca, le 23/04/23 الدار البيضاء، في

SEKKAT Raja

\* CRP de can'ol

الطبلي لـ سيدى عثمان  
LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Bd. Omar Al-Mukayyam Beausjour  
Casablanca  
Tél.: 0500 503 40 - 0522 39 32 84/62

Dr. Nadia BENJELLOUN  
Spécialiste en Médecine Interne  
Généraliste et Spécialiste en Médecine Sociale  
Oriatiste à Casablanca



Date d'édition : 20/03/2023 14:56:44

MME SEKKAT RAJAE

RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

79862188

Date et heure : 20/03/2023 14:55

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 :

1.662,00

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
<b>3</b>	-	-	4 833,50	2 258,83	363,67	2 622,50
79862384	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 171,50	550,45	95,40	<b>645,85</b>
79862081	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	2 000,00	1 380,00	197,13	<b>1 577,13</b>
79862188	20/03/2023	SEKKAT RAJAE	1 662,00	328,38	71,14	<b>399,52</b>

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : Télécharger



**LABORATOIRE BENJELLOUN D'ANALYSES MEDICALES**

109, Boulevard Omar Al Khyam BEAUSEJOUR 20200 CASABLANCA

Tel: 05 22 39 32 84/53 - 06000 503 40 - Whatsapp Accueil 06 63 790 723

Fax: 05.22.39.33.65 www.labobenjelloun.ma

IF 51759668-CNSS 6441662- TP 36004769 - INPE Labo093001360 INP Dr097159024-ICE002980177000019

**FACTURE N°: 2301252031**

ORGANISME: CNOPS

Mme RAJAE SEKKAT

Date: 25-01-2023



<b>Récapitulatif des analyses</b>				
<b>CN</b>	<b>Analyse</b>	<b>Clé</b>	<b>Clé</b>	<b>Total</b>
PS 0370	Prélèvement Sanguin C R P (Protéine C réactive)	E25 B100	E B	25.00 MAD 110.00 MAD
			<b>Total</b>	<b>135.00 MAD</b>

Total des B: 100

Montant total de la facture: 135 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de cent trente-cinq dirhams .

LABORATOIRE BENJELLOUN  
109, Boulevard Omar Al Khyam Beausejour  
Tel: 06000.503.40 - 0522.39.32.84/53  
Fax: 05.22.39.33.65