

## 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° W21-792381

155779

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL HOUARI ABDELILAH  
 Date de naissance : 01.01.1955  
 Adresse : 400, RT EL JADIDA Appartement Casablanca  
 Tél. : 0604183090 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 26.07.2023  
 Nom et prénom du malade : SEKKAT RAFAE Age : 59  
 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 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 : 26/07/2023  
 Signature de l'adhérent(e) : S. Houari

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها



## 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)

Nom et prénom : **SEKKAT RAJAB** : الإسم العائلي و الشخصي

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 و المؤمن له

Conjoint زوج ☒ Enfant ابن ☐

Adresse : **400 Boulevard le palmier route Algodub** : العنوان  
**casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **1662,00 DH** : مبلغ المصاريف (درهم)

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

### Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SEKKAT Rajab** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **SEKKAT Rajab** : الإسم العائلي و الشخصي

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

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

Sexe : **M** ذكر ☒ F أنثى ☐ : الجنس

### Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091044610** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : **091044610** : نوع العلاجات

Maladie : **X** مرض ☒ : تم تقديم الظرف المغلق : ☐ Oui ☐ Non

Maternité : ☐ أمومة ☐ : تاريخ الحمل : ☐

Hospitalisation : ☐ استشفاء ☐ : التاريخ المرتقب للولادة : ☐

Accident : ☐ حادث ☐ : تاريخ الاستشفاء : ☐

Causes : ☐ : تاريخ الحادث : ☐

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : **Casablanca**  
le : **23 01 2023**  
توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré (e)  
**SP**

أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : **23 01 2023**  
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

INP : Identification Nationale du Praticien  
\* Cachet à mentionner utile pour chaque cas

أشطب الخانة

une feuille de soins par personne et par ent.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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

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

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

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

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

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

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 ya traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier présenté dans les soixante (60) jours ent la fin du traitement.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تتنمون 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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

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

الآخطار الناجمة عن حوادث الشغل و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني للمضمان الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية و كل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع و طابع التعاضدية
Identification de l'agent : .....	
Date de dépôt du dossier : .....	
تاريخ الإيدع : .....	



ات الإحياء، الأشعة و الصور

CIM - 10

جاء الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

INP :[illegible]

### Actes Paramédicaux

بيات 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	خو طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Par
INP :					
INP :					

**Clinique**  
**Sidi Othman**



**مصحة**  
**سیدی عثمان**

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

SEKKATI Rajae

Ostéodensitométrie

RADIOLOGIE SOUS  
Angle Bd. Stahim Roudani 14  
Cassini Edouard 14 Casablanca  
91 000 25 76 18 - 0522 25 76

Dr. VANMOUNI Nadia  
Médecin spécialiste  
en radiologie osseuse



# ***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 23/01/23 في الدار البيضاء،

SEKKAT Rajae

\* CRP de contrôle

مختبر بنجلون  
LABORATOIRE BENJELOUN  
109, Bd. Omar Al-moulayam Beauséjour  
Casablanca  
Tél : 05200 503 40 - 0522 29 32 84/83  
Fax : 0522 29 32 85

Docteur Nadia RHAYMOUHLI  
Spécialiste en Médecine Interne  
• Maladies de Système • Rhumatologie  
• Diabète à l'insuline • Maladies de Casablanca



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
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

☆☆☆☆☆



# 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



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

Total des B: 100

Montant total de la facture: 135 Dirhams.

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

