

## 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 canalaire, 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 canalaire.

### 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](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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.ma](http://www.mupras.ma)



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

## Déclaration de Maladie

N° W21-792393

168784

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité  
 Nom & Prénom : EL NOUARI ABDELILAH  
 Date de naissance : 01/01/1955  
 Adresse : 400, route EL APIDA  
 ROUAM APPELI  
 Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : 686,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/05/2023  
 Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 60  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Comp Compnt 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 : 10/07/2023

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



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	-	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
81333530	07/06/2023	SEKKAT RAHMA	761,90	303,33	46,90	350,23
81333593	07/06/2023	SEKKAT RAHMA	522,70	135,89	8,63	144,52

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : ► Télécharger

☆☆☆☆☆



## 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 وأذنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى المتأهلات 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 لمنظمت الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : .....

تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Ref 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 RAJA E** : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : **26 6711** : رقم الانخراط

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

N° CIN : **C 352279** : 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 Residence Le palmier App 111** : العنوان

**route Aljadide casablanca**

Montant des frais (Dhs) : **71** : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : **686, 10 Dtt** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SEKKAT Raja E** : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : **SEKKAT Raja E** : الاسم العائلي والشخصي

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

N° CIN : **C 352279** : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe \* : **M** : الجنس : **ذكر**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

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

Type de soins : **العلاجات**

Maladie \* : **مرض** : تم تقديم الظرف المغلق \* : **Oui** Non

Maternité \* : **أمومة** : تاريخ الحمل : .....

Hospitalisation \* : **استشفاء** : التاريخ المتوقع للولادة : .....

Accident \* : **حادث** : تاريخ الاستشفاء : .....

Causes : .....

أسباب الحادث : .....

أشهر بصفة كل ما ذكر أعلاه : .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. : .....

Fait à : **مراكش** : .....

le : **19 05 2023** : .....

توقيع المؤمن له (لها) : .....

Signature de l'assuré (e) : .....

INP : Identification Nationale du Praticien : .....

Cocher la mention utile pour chaque case : .....

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع بيع هذا المطبوع

Dr. HANANE EL MADRISSE  
Médecin Spécialiste  
en Médecine Interne

### وصف العطليات المجرة

[illegible]

CIM - 10

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	اللمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/05/2023	386,10  <b>INPE</b>  92042753	<p>Pharmacie HIND LAKHMANI Docteur en Pharmacie 400, Route d'El Jaidia CASABLANCA Tél: 0203930000 - 0203932473</p>

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

### 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



**Clinique**  
**Sidi Othman**



مصحة  
سیدی عثمان

Pharmacie MIMOSAE  
Hind LAKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA 22597  
Tél: 022 98 88 97 Fax: 022 98 88 97

Casablanca, le 19/05/23 في الدار البيضاء، في

SEKKF

**ARIXIB®**

ARIXIB® 90 mg  
7 comprimés



LOT : 230225  
EXP : 02/2026  
PPV : 76,60DH

① Arixib  
76,60 1 gel / j

**DULASTAN®**  
500mg/2mg  
Boîte de 20 comprimés



**DULASTAN®** 500 mg / 2 mg  
20 comprimés

② Dulastan  
183,00 2 cp / j

③ Flexonic  
89,50 1 cp / j

Lot:  
DLC: F293H  
10/2025

P.P.C : 183,00 DH

④ D3 NORM  
386,10 3 cp / j

**D3NORM®**  
200 UI GOUTTES BUVALE ;



Lot:  
A consommer  
avant le:  
PPC: 89,50 DH

220641  
08/2025

Place de la Préfecture Sidi Othman

Tél.: 05 22 59 75 75

Pharmacie MIMOSAE  
Hind LAKHMIRI  
Docteur en Pharmacie  
400, Route d'El Jadida  
CASABLANCA 22597  
Tél: 022 98 88 97 Fax: 022 98 88 97



MME SEKKAT RAJAE  
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI  
20000

### Accusé de Réception



N° de Dossier :	81333709	Date et heure :	07/06/2023 12:17
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 :	686.10	Nombre de pièces :	1
Code Etablissement :		Agent de réception :	9MGE489
Nom Etablissement :			