

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
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.ma



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

Déclaration de Maladie

N° W21-792389

168785

☒ 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, BOIS RAM, route EL JADIDA
 COSE APP III
 Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : 761,90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

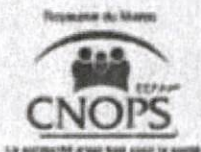
Date de consultation : 06.06.2023
 Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 60
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Complément de dossier
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : COSE Le : 10/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 RAM	761,90	303,33	46,90	350,23
81333593	07/06/2023	SEK	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 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 يوما) من تاريخ 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 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.

توقيع و طابع التعاقدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :	تاريخ الإيداع :
Date de dépôt du dossier :	



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
مرجع رقم 1.1.01.01

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : **SEKKAT RAJAE** : الاسم 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 Residence Le palmier App 111** : العنوان
route Aljadida Casablanca
Montant des frais (Dhs) : **761,90 DH** : مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pièces jointes : **2** : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : **SEKKAT RAJAE** : المستفيد من العلاجات
Nom et prénom : **SEKKAT RAJAE** : الاسم العائلي و الشخصي
Date de naissance : **30.08.1963** : تاريخ الزيادة
N° CIN : **C352279** : رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe* : **M** : الجنس : **م**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **021069393** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس
Type de soins : نوع العلاجات
Maladie* : مرض : Pli confidentiel remis* : Oui Non : تم تقديم الظرف المغلق :
Date de grossesse : تاريخ الحمل
Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة
Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء
Date d'accident : تاريخ الحادث
Causes : أسباب الحادث
Accident* : حادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Fait à : Casablanca le : 06/06/2023 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أصرح بصحة و صحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : Casablanca le : 06/06/2023 توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الطبية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
---	---

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

* أخطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

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

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

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 Diabétologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MEDICALE



الدكتورة زينب جوسوس

خريجة كلية الطب بمونبوتلي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

Casablanca, le 6/6/2023 في الدار البيضاء

SEKKAT Rajae

Fiche d'honoraires

conspectuée

300,00

thèse cons

200,00

500,00

Dr. Zineb GUESSOUS

Dermatologie, Cosmétologie

Centre Commercial Nadia - BD -

Bd Brahim Roudani - Casablanca

Tel: 05 22 98 17 95 / Fax: 05 22 95 17 95

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

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 Diabétologie

Diplôme de Laser

HYPNOSE MÉDICALE

الدكتورة زينب جوسوس

خريجة كلية الطب بمونبوتولي

اختصاصية

في أمراض الجلد و الشعر و الأمراض الزهرية

علم التجميل و جراحة الجلد

العلاج بالليزر

MYCODERME® 1%

Poudre dermique
Nitrate d'éconazole

LOT: 08222031
PER: 12/2027
PPV: 49,00 DH

Flacon de 30 g

MYCODERME® 1%
Poudre dermique

Flacon de 30 g



6 118000 230144

LOT 224627
EXP 10/25
PPV 720000



6 118000 071006

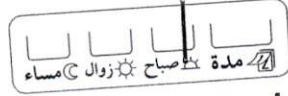
OEDES 20mg
56 gélules



6 118000 082026

ة في برشامات

56 x



مدة 14
صباح زوال مساء

LOT: 211542
PER: 05-2024
PPV: 140,00DH

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

Pharm
Hind
Docteur
400, Route
CASA
Tél: 05 22 98 17 95

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

MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000



Accusé de Réception



N° de Dossier :

81333530

Date et heure : 07/06/2023 12:14

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 :

761.90

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :