

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

- 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Unité
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° W21-792391

168 786

☒ 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 : 4001, Route ELJADIDA Ros RAM
 App. 111
 Tél. : 0664 183090 Total des frais engagés : 522,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20/04/2023
 Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 68
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Complément de déck. S
 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 : 16/07/2023
 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**

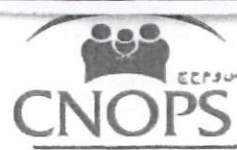
PAYE

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 RAJAE	761,90	303,33	46,90	350,23
81333593	07/06/2023	SEKKAT RAJAE	522,70	135,89	8,63	144,52

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
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي و الشخصي : **SEKKAT RAJAE**

رقم الانخراط : **266711**

رقم التسجيل : **932684448**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **C352279**

علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له * : **Conjoint زوج**

العنوان : **400 Residence le palmier app 111 route Hjadida Casa**

مبلغ المصاريف (درهم) : **522,70 DH**

عدد الوثائق المرفقة : **2**

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي : **SEKKAT RAJAE**

تاريخ الازدياد : **30 08 1963**

رقم بطاقة التعريف الوطنية : **C352279**

الجنس : **مذكر**

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلال للممارس : **091157057**

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق * : **Oui**

تاريخ الحمل : **Date de grossesse :**

التاريخ المرتقب للولادة : **Date prévue d'accouchement :**

تاريخ الاستشفاء : **Date d'hospitalisation :**

تاريخ الحادث : **Date d'accident :**

أسباب الحادث : **Causes :**

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .

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

حرر ب : **Carablanca**

في : **20 04 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.

حرر ب : **20 AVR. 2023**

في : **20 AVR. 2023**

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

120, Bd Moulay Abdess

Tablance - TABLANCE

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

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 CNSS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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 وأمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الاتباتية إلى التعاضدية التي تنتمون 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 و الأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

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

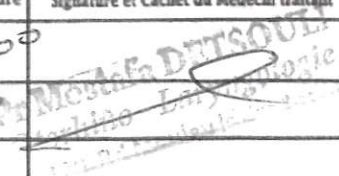
Cachet et signature de la mutuelle

توقيع و طابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :


تاريخ الإيدع :

تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
AVR. 2023	9 4			300,00 200,00	
	Aspirine				

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

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
26/04/2023	22,70	

INPE
092042753

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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical



MME SEKKAT RAJAE

RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

81333593

Date et heure : 07/06/2023 12:15

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 :

522,70

Nombre de pièces :

2

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE489

Nom Etablissement :

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 20/04/2023 في الدار البيضاء،

Mme SEKKAT Rajae

ت.ت.و

BAYCUTÈNE CRÈME

1 application le soir , pendant 3 jours



Pharmacie MIMOSAS
Hind LAHMIRI
Docteur en Pharmacie
400, Route d'El Jadida
CASABLANCA
Tél: 022.98.88 97-Fax: 022.98.24.78

Professeur Mostafa DETSOULI
Otorhino - Laryngologie
20, Bd. Moulay Idriss 1er
Casablanca - Tél: 0522 86 31 31

Baycutène® N 15 g
Crème



GT8709
01 2026
22 70

Docteur Mostafa DETSOULI

Professeur d'oto-rhino-laryngologie
Ex Enseignant à la Faculté de Médecine de Casablanca
Formation spécialisée Approfondie en O.R.L.
Diplômé de Cancérologie O.R.L.



الدكتور مصطفى دتسولي
أمراض الأذن، الأنف، الحنجرة وجراحة الوجه
أستاذ جامعي بكلية الطب سابقا
شهادة تشخيص وعلاج سرطان الحلق الأذن والحنجرة

Casablanca, le 20 AVR. 2023 في الدار البيضاء،

FACTURE :

Nom-Prénom : SEKKAT RAJAE

Examen : CONSULTATION+ASPIRATION

Montant : 300,00 DH+200,00 DH

TOTAL : 500,00 DH

Pr. M .DETSOULI