

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

- 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'Horizon
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° W21-792411

191298

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : EL HOUARI ABDULLAH
 Date de naissance : 01/01/1955
 Adresse : Ras RAM RE EL JADIDA Cas
 Tél. : 0664183090 Total des frais engagés : 432 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/2023
 Nom et prénom du malade : SEKAT RAJAE Age : 61
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Complication de diabète
 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 : 10/10/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق 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 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 لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأسنان Feuille de soins Dentaires

موافقة مسبقة
Entente Préalable

تنفيذ
Exécution

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.03.01
مراجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE : الإسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 2687MM0580 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 913121841448 : رقم التسجيل

N° CIN : C135121279 : 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 Bloc : العنوان

Montant des frais (Dhs) : 432 DH : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 5 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du medecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : SEKKAT RAJAE : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE : الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 31/08/1963 : تاريخ الازدياد

N° CIN : C135121279 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ♂ ذكر F ♀ أنثى : الجنس *

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 094183241 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : Dr. EL OUAZ : نوع العلاجات

Soins* : 094183241 : علاجات

Prothèse* : : تعويض الأسنان

Orthodontie et O.D.F* : : تقويم الأسنان و الفكين

Autres* : : علاجات أخرى

N° entente Préalable : : رقم المرافقة المسبقة

En cas d'accident précisez : : في حالة حادث يرجى تحديد ما يلي

La date de l'accident : : تاريخ الحادث

Les causes de l'accident : : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : Casablanca : حرر بـ :

le : 31/08/2023 : في :

Signature de l'assuré (e)

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

Fait à : Casablanca : حرر بـ :

le : 31/08/2023 : في :

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

BNP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

vente de cet imprimé est formellement interdite

* أنطب الخانة

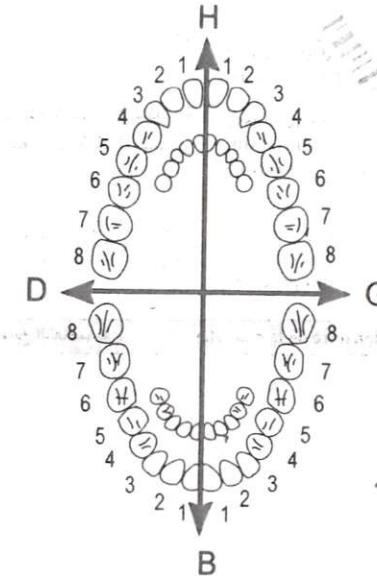
يمنع منعا كلياً بيع هذا المطبوع

description des ordonnances		جرد الوصفات
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الشن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزع الأجهزة الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou fournisseurs des dispositifs médicaux
30/09/2023	52.80	Pharmacie HIND LAMMARI Docteur en Pharmacie 400, Route de Jaidia CASA BLANCA Tel: 022.95.86.97 - Fax: 022.98.24.75
INP : <input type="text"/>		
092042753		
INP : <input type="text"/>		

Actes de Biologie, Radiographie et Imagerie					عمليات الإحياء، الأشعة والصور
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
30/09/2023	Dr. AYOUCHI	Medecin RADIOLOGUE	041315250		041315250
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Actes Paramédicaux					عمليات المساعدين الطبيين
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 المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

Description des actes						وصف العمليات
أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأسنان Signature et Cachet du Chirurgien Dentiste
-	CS	30/09/23	Dr	Dr	20000	
CIM - 10						



على الطبيب تحديد السن المعالج، العملية المجراة مع تحديد طبيعة العلاجات وكذا معاملها طبقاً لدليل العمليات المهنية.
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins et son coefficient d'après la nomenclature des actes professionnels.



وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

30/9/23

Patient (e) :

SEKKAT RAJAB

Veuillez Réaliser :

- ☒ Une radiologie panoramique
- ☐ Une téléradiographie de profil
- ☐ Un cone-beam



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL CHEIKH KHALIFA
HUICK

المستشفى الجامعي
الدولي الشيخ خليفة



وصفة طبية
Ordonnance

M
BASAG
SEKHAT

Casablanca, le : 30/9/23

(1) KIN (B - dB - cl)

1 - 2/8/2

1 + 85

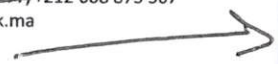
(2) CODOLIPRAN (C)

14 x 3/8/2

1 + 235

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr EL OMARI Othmane Bendaoud
Chef de Service

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Dr EL OMARI Othmane Bendaoud
Chef de Service



Royaume du Maroc



MME SEKKAT RAJAE

RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI

20000

Accusé de Réception



N° de Dossier :

84396045

Date et heure : 27/11/2023 12:18

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 :

432,80

Nombre de pièces :

5

Code Etablissement :

Agent de réception :

9MGE489

Nom Etablissement :

Information

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

i Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 3	-	02/01/2024	Virement	-	1 768,80	677,26	103,49	780,75
84395834	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	670,00	247,80	44,64	292,44
84395890	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	666,00	200,50	23,40	223,90
84396045	27/11/2023	Payé en : 36 jours		SEKKAT RAJAE	432,80	228,96	35,45	264,41
- 3	-	28/06/2023	Virement	-	1 970,70	540,84	72,79	613,63
81333709	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT RAJAE	686,10	101,62	17,26	118,88
	07/06/2023	Payé en : 21 jours		SEKKAT	761,90	303,33	46,90	350,23



CASABLANCA, le 30/09/2023

PATIENT : SEKKAT Rajae

EXAMEN(S) REALISE(S) : **Panoramique dentaire**

IPP : **180824032721YA**

DATE NAISSANCE : **30/08/1963**

NUMERO DOSSIER : **2300753838**

PANORAMIQUE DENTAIRE

- Denture de type adulte.
- Edentement multiple.
- Matériel de restauration dentaire.
- Couronnes et bridges en place.
- Minéralisation normale de la mandibule sans lésion lytique, condensante ou mixte.
- Bases libres des sinus maxillaires.
- Canaux alvéolaires libres.
- Respect des articulations temporo-mandibulaires.

En vous remerciant de votre confiance
Signé : **Dr AYOUCHE Othman**

DR AYOUCHE Othman
Médecin RADIOLOGUE
041315290



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 135 878 / 2023 du 30/09/2023

Nom patient : SEKKAT RAJAE

Entrée 30/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 30/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
PANORAMIQUE DENTAIRE	1,00		180,00	180,00
			Sous-Total	180,00
Total Frais Clinique				180,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

CENT QUATRE-VINGTS DIRHAMS

Total 180,00

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	180,00	180,00	0,00

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 135 876 / 2023 du 30/09/2023

Nom patient : SEKKAT RAJAE

Prise en charge : PAYANTS

Entrée 30/09/2023

Sortie 30/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
CONSULTATION DENTAIRE	1,00		200,00	200,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	200,00
				200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENTS DIRHAMS

Total 200,00

Encaissements		Carte Bq		Total encaissé	Solde
		200,00		200,00	0,00

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Centre Dentaire
N° INP : 090061862