

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'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° W21-792409

191300

☐ Maladie

☒ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 07703 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RUTANT

Nom & Prénom : EL NOUARI ABDELWAHEB

Date de naissance : 04/01/1958

Adresse : REG RAM RUE ELADIDA CAS.

Tél. : 0664123090 Total des frais engagés : 670 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 03/10/2023

Nom et prénom du malade : SEKKAT RAJAE Age : 61

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Compensé 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 : CAS Le : 10/10/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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 والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما دما 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 التعاوضية

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*

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : SEKKAT RAJAE : الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 266771 : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 932684448 : رقم التسجيل :

N° CIN : C13521279 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : 402 Residence Le palmier App 111 Bloc A : العنوان :

route Aljadida Casablanca :

Montant des frais (Dhs) : 67000 : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 2 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : Sekkat Rajae : الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 30/09/1968 : تاريخ الزيداد :

N° CIN : C13521279 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى : الجنس* :

Identification du chirurgien dentiste

تعريف طبيب الأسنان

N° INP : 1094164365 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Soins* : علاجات :

Prothèse* : تعويض الأسنان :

Orthodontie et O.D.F* : تقويم الأسنان والفكين :

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 :

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

Fait à : Casa : حرر بـ :

le : 13/10/2013 : في : 13/10/2013

Signature de l'assuré (e) : توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : : حرر بـ :

le : 09/10/2013 : في : 09/10/2013

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

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

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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع متعا كليا بيع هذا المطبوع

وصف العمليات

[illegible]

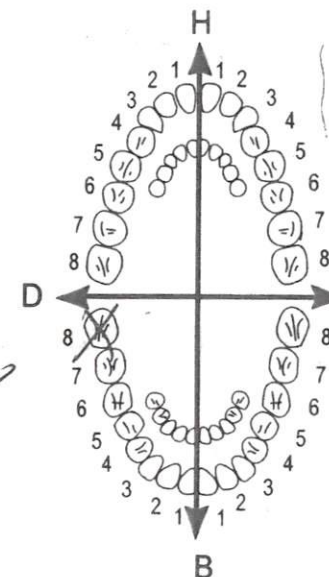
CIM - 10

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP :					
INP :					



Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
67, rue de la République, 06220 Sidi Maârouf
Ouled Hadadou Sabablanca
Tel : 05 22 97 32 12 / 06 22 68 17 03

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

Information

ENREGISTRE 3

EN COURS DE TRAITEMENT 1

REJET 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

❗ 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

NOTE D'HONORAIRES

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65, Lot Amine 2 ème Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou - Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Nom et prénom du médecin dentiste :

N° de l'INPE : 094 16 43 65

N° de l'ICE : 001674227000005

N° de l'IF : 50715870

Bénéficiaire : Sekhad Raja

Date : 23/10/2023

أسنان معالجة Dents traitées	رمز العمليات Valeur Clé	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 Médecin Dentiste
48	73	03/10/2023	D	10	7500 dh	Dr. Hind DAKIR Chirurgien Dentiste 65, Lot Amine 2 ème Etg Sidi Maârouf Ouled Haddou - Casablanca Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Montant global : 7500 dh

Mode de paiement ☒ Espèces ☐ Chèque

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65, Lot Amine 2 ème Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou - Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
65, Lot Amine 2 ème Etg Sidi Maârouf
Ouled Haddou - Casablanca
Tél : 05 22 97 32 12 / 05 22 58 17 03

Fax :

Cabinet Dentaire Spécialisé

Dr Hind DAKIR

Médecin Chirurgien Dentiste

Diplôme de la Faculté de Médecine

Dentaire de Casablanca

Soins - Prothèses - Radio

Chirurgie Buccale - Blanchiment

Orthodontie

Casablanca, Le.....

03/10/2023

الدار البيضاء, في

Sekhat Rayo

55,00

Amoxil 20

2x + 1 p d t

Effipred 20

cp en prise

p d t 5 y

Codoliprane

9.80 3 x

Oeder (Gel)

1 Gel, 1x



الدكتورة هند دكير

طبيبة جراحية للأسنان

خريجة كلية طب الأسنان بالدار البيضاء

علاج تعويض أشعة

جراحة الفم - تبييض

تقويم

Amoxil

amoxiciline



6 118000 160038

20 ملغم

20 ملغم

EFFIPRED® 20 mg

PPV 40DH00
EXP 02/2024
LOT 2D011

Codoliprane®

Paracétamol / Codéine

400 mg/20 mg

PPV: 22DE20

PER: 05/25

05 22 97 32 12

Ph:

Tel: 022

Dr. Hind DAKIR
Chirurgien Dentiste
2ème étage Sidi Maarouf
Casablanca
05 22 97 32 12

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

رقم دة، نجدة أمين، الطابق 2 - سيدي Maarouf - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 97 32 12 - 05 22 58 17 03
5, Lot Amine, 2ème étage, Sidi Maarouf - Casablanca - Tél: 05 22 97 32 12 - 05 22 58 17 03



Accusé de Réception



MME SEKKAT RAJAE
RES PALMIERS N400 APT111

R

CASABLANCA

CASABLANCA CENTRE DE TRI
20000

N° de Dossier : 84395834

Date et heure : 27/11/2023 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 : 670.00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE489

Nom Etablissement :