

## 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 caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue  
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78



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

## Déclaration de Maladie

N° W19-582163

**COMPLEMENT**

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AQUAS NATIB

Date de naissance : 13.04.53

Adresse : Habituelle

Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 7 1763,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 31/08/2023

Nom et prénom du malade : LAKHRIE KHADJA Age : 70

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

Nature de la maladie : .....

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 : 31 / 08 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

### AUXILIAIRES MEDICAUX

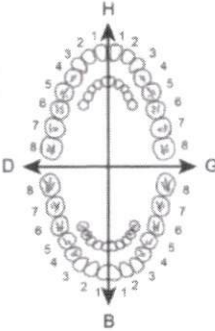
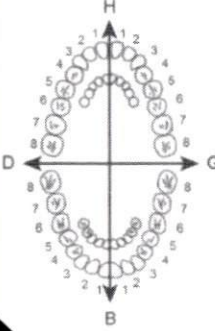
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																					
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																					
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																					
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																					
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
D		G																							
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
B																									
																									

ET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## Instructions à suivre

## تعليمات يجب اتباعها

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 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 للاستفادة 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.



## 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 : **LAKH RIF KHADJA** : الاسم العائلي والشخصي :  
N° Affiliation : **355171** : رقم الانخراط :  
N° Immatriculation : **9429081319** : رقم التسجيل :  
N° CIN : **B 2053111** : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\* : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له\*  
Conjoint : **زوج** : ابن :  
Adresse : **RESIDENCE ABDELMOUMEN 1472 APT 11** : العنوان :  
**BD SIR ANZARANE DRS QUARTIER CHARRANCA**  
Montant des frais (Dhs) : **1263,2004** : مبلغ المصاريف (درهم) :  
Nombre de pièces jointes : **03** : عدد الوثائق المرفقة :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

Benéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :  
Nom et prénom : : الاسم العائلي والشخصي :  
Date de naissance : : تاريخ الزيداد :  
N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
Sexe\* : **M** : ذكر : **F** : أنثى : الجنس\* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

N° INP : : 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 :  
Maternité\* : أمومة\* : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :  
Hospitalisation\* : استشفاء\* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :  
Accident\* : حادث\* : Date d'accident : : تاريخ الحادث :  
Causes : : أسباب الحادث :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.  
Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
Fait à : **CASA BLANCA** : حرر بـ :  
le : **30/06/2023** : في :  
Touche le : : توقيع المؤمن له (لها)  
Signature de l'assuré(e)  
أصبح بمصادقة وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je declare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : :  
le : :  
Touche le : : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

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

\* انشط الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيدع :

## description des actes effectués

## وصف العمليات المجراة

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
30/06/23			Ce	400	
30/06/23			eclapne	300	

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
30/06/23	263	

INPE  
092019587

## Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

## 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 وطابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
30/06/23			Da	800	

## 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



مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

30/06/2023

**Facture CZ 3620/23**

**Mme LAKHRIF KHADIJA**

Consultation	400 DH
Radiographie	800DH
Echarpe	300DH
<b>TOTAL</b>	<b>1500 DH</b>

**Arrêtée la présente facture à la somme**

**//Mille cinq cents Dirhams //**





مصحة الزرقطوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le :

30/06/2023

**Mme LAKHRIF KHADIJA**

Incidence :

- Thorax de face
- Epaule gauche de face
- Pouce droit de face+profil
- Thorax de profil

**Compte rendu radiologique :**

- Angle lat radiologique  
Normale

**DOLICOX** 90 mg  
Etoricoxib  
14 Comprimés pelliculés



6 118000 041955

**ANDOL**  
PARACÉTAMOL  
Doliprane - Météo - Pains - Fièvre  
Comprimés Effervescents / Effervescenten Tabletten 8 x 10

EXP:  
LOT N°:

**ANDOL** 1000 mg  
8 Comprimés effervescents



6 118000 082484

PPV: 169DH00  
PER: 01/26  
LOT: M092

3 760233 410010



087721006  
EXP 05/2024

LOT: 087721006  
PER: 05/2024  
PPC: 79,50 DA

**SOS**





مصحة المزرقتوني لجراحة العظام والمفاصل  
CLINIQUE ZERKTOUNI D'ORTHOPÉDIE - TRAUMATOLOGIE

Chirurgiens Orthopédistes :

- Dr. Abderrazak HEFTI

- Dr. Mohamed LEMSEFFER

Casablanca, le : 30/06/23

Mr LAKHrif KHATJ

14,50

(1)

169,00

(2)

75,00

(3)

213,50

15

Ande



Dotation 90 F

Vierge b - hme  
7h + 3 J



WhatsApp

assure app | CNOPS

+

← → ↺

🔒

https://www.cnops.org.ma/assure\_app?lang=fr\_FR

☆

📧 Boîte de réception - a...

WhatsApp

Mutuelle de Prévoyan...

Accueil | CNOPS

BMCI Connect | Servic...


Autoroute du Maroc : ...

Zone Téléchargement ...

صاحب. الدرس الثالث (31)

>> Autres marque-pages

ROYAUME DU MAROC



CNOPS

La solidarité c'est bien pour la santé

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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

🔔 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
- 2	-	30/08/2023	Virement	-	2 226,40	504,45	82,36	586,81
81763959	03/07/2023	Payé en : 58 jours		LAKHRIF KHADIJA	1 763,00	384,45	77,36	461,81
81764011	03/07/2023	Payé en : 58 jours		LAKHRIF KHADIJA	463,40	120,00	5,00	125,00
1	-	16/05/2023	Virement	-	1 935,90	1 714,80	5,00	1 719,80
1	-	22/03/2023	Virement	-	398,00	120,00	5,00	125,00
1	-	02/03/2023	Virement	-	3 738,30	1 850,96	445,65	2 296,61
1	-	01/03/2023	Virement	-	722,30	161,15	28,12	189,27
1	-	17/02/2023	Virement	-	2 720,31	2 330,00	191,80	2 521,80
1	-	19/01/2023	Virement	-	2 396,50	684,55	98,04	782,59
1	-	05/01/2023	Virement	-	3 750,00	1 320,00	5,00	1 325,00

🏠

🔍

⚙️

🔥

📁

🔊

📶

🔌

🕒 11:33

🗨

Près du record

31/08/2023



MME LAKHRIF KHADIJA  
RES. ABDELMOUMEN IMM 2  
APPT 11 BD BIR ANZAR  
CASA  
CASABLANCA PRINCIPAL  
20001

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 81763959 Date et heure : 03/07/2023 11:55  
Nom et prénom Assuré : LAKHRIF KHADIJA  
Immatriculation : 94908139 / 500328123  
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang : LAKHRIF KHADIJA / 01  
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS  
Lieu de réception : CASA SIEGE 90136  
Valeur en Dirhams : 1263,00 Nombre de pièces : 3  
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE072  
Nom Etablissement :