

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

- 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.

Nº W19-582157

COMPLÉTÉ

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

2161

Société :

ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

AOUAD NAJIB

RETRAITE

Date de naissance :

13 04 53

17 3575

Adresse :

Habituelle

Tél. :

0661 411411

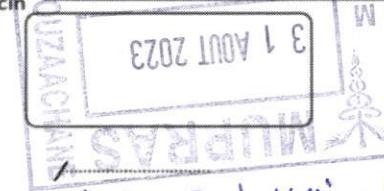
Total des frais engagés

463,40 f

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

LAKHNAF KHADIJA

Age :

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) :

RELEVE 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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																			
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées Nature des Soins Coefficient	INP : <input type="text"/>																	
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																	
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																	
		DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
		FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																	
		O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
			<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411		11433553	
			H	25533412	21433552														
			D	00000000	00000000														
			D		00000000	00000000													
			35533411		11433553														
			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																			

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.

Cachet et signature de la mutuelle

Instructions à suivre

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Présenter une feuille de soins par personne et par événement.

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : Tariq al-Harith :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإلزامي عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
Référence :

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : L AKHTRIF khalid JAH

355171

942908139

8205311

Numéro d'identification : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : رقم التسجيل :

N° CIN : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : RESIDENCE ABDELMOUEN 1112 Apt 11

BD BIR AN ZARANE DOUBA HYMUR CHABANGA

Montant des frais (Dhs) : مبلغ المصاري (درهم) : 463,40 Dhs

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة : 01

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي و الشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* : ذكر ○ انتي ○

Identification du médecin traitant

N° INP : 0900151449

Type de soins

Maladie * ○ مرض ○

Maternité * ○ امومة ○

Hospitalisation * ○ استشفاء ○

Accident * ○ حادث ○

PII confidentiel remis* : Oui ○ Non ○

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'esthésie :

Date d'accident :

Causes :

أصرح بمصداقتي و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

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

Fait à : Casablanca le : 21/06/2018

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقتي و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et vérifiables .

Fait à : Casablanca le : 21/06/2018

توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

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

* اشطب الخانة

INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

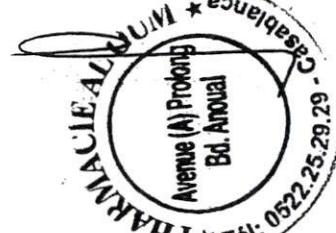
يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués

؛ وصف العمليات المجرأ

— 10 —

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ المكتوب Date d'exécution	الцен المكتوب Prix facturé	توقيع و ملخص الصيغة او سمعون الـSignature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
١٢/٦/٢٣	١٦٣,٤٧ 092008564 INP : 1111111111	

INT: John Gutfreund

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

مجلة الأحياء، الأشعة، والصور

نوع و تاريخ طبب الأشعة أو المختبر Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ الم fakturé	قيمة المعامل Valeur Clé	مسلسل المدارات Lettre clé + Cotation NGAP	رمز المدارات Code des actes	تاريخ المدارات Dates des actes
INP : 1111111111111111					
INP : 1111111111111111					
INP : 1111111111111111					

Actes Paratidicaires

مدونات المساعدين (الطبعة الأولى)

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلاة - الخول - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

19/06/2023

Casablanca, le :
LAKHRIF **Khadija**

- OPTIPRED COLLYRE fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

- MIXtears COLLYRE

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois



Dr. Adil WAHIDY
 Ophtalmologiste
 Abdelmoumen Center
 Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
 2ème Etage N° 211 Casablanca

Abdelmoumen Center,
 Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2éme étage N°211
 Tramway station Abdelmoumen
 Tél : 05 22 86 14 18
 GSM : 06 44 05 49 05
 E-mail : adilwahidy28@gmail.com

جمع عبد المؤمن.
 اوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211
 حطة الطرامواي عبد المؤمن
 هاتف : 05 22 86 14 18
 هاتف المحمول : 06 44 05 49 05
 البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

J = 163,40

WhatsApp assure app | CNOPS https://www.cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR Boite de réception - a... WhatsApp Mutuelle de Prévoyan... Accueil | CNOPS BMCI Connect | Servic... Autoroute du Maroc : ... Zone Téléchargement ... (31) مصا... مصا... الدروس الثالثة Autres marque-pages

Réseau du Maroc
CNOPS
La sécurité c'est pour le succès

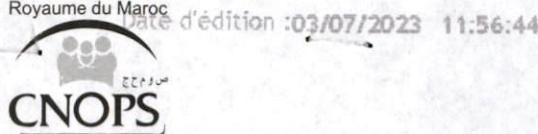
En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutualités gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (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

Près du record 11:33 31/08/2023



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

CASABLANCA PRINCIPAL
20001

N° de Dossier :

Nom et prénom Assuré :

Immatriculation :

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

Type de dossier :

Lieu de réception :

Valeur en Dirhams :

Code Etablissement :
Nom Etablissement :
NOM Etablissement :

Accusé de Réception



Date et heure : 03/07/2023 11:56

81764031

LAKHRIF KHADIJA

94908139 / 500328123

LAKHRIF KHADIJA

FEUILLE DE SOINS

CASA SIEGE 90136

Nombre de pièces : 1

Agent de réception : 9MGE072