

## 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.

201692

Nº W19-582175

**COMPLEMENT**

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

2161

Société :

ROYAL AIR MAROC

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre :**

Nom & Prénom :

AOUAD NAJIB

Date de naissance :

13/04/1953

Adresse :

Hajjmetelle

Tél. :

066 411 411

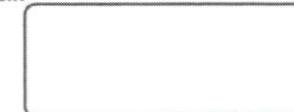
Total des frais engagés :

1762,80

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

L'HEDIF KHADJA

Age :

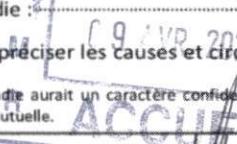
Lien de parenté :

**Tui-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 :

Le : 09/04/2024

Signature de l'adhérent(e) :

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																
<b>SOINS DENTAIRES</b>  	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
<b>O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES</b>  	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;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>				H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553
	H	G														
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	D	B														
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>  	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>  	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																

# Docteur Otman TAZI

Ancien Médecin Interne des Hôpitaux de Toulouse-France au Service  
d'Endocrinologie et Maladies Métaboliques

Diplôme en Pathologie Hypothalamo Hypophysaire

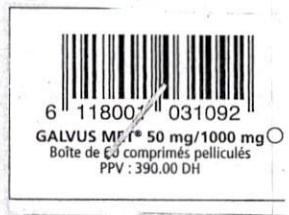
Diplôme en Diabétologie

Diplôme en Nutrition Appliquée

Capacité de Traitement par Pompe à Insuline

Diplôme en Echographie

Holter Glycémique



Casablanca le, 06/03/2024

Mme LAKHRIF Khadija

30/01/2023



97/60/23

GalvusMet 50 mg / 1000 MG

1 comprimé, matin et soir au milieu ou après repas (pendant 03 mois)

CIVASTINE 20 mg

1 comprimé le soir (pendant 03 mois)



06/03/2023

Docteur Otman TAZI  
Endocrinologue - Diabetologue  
293 Bd. Abdelmoumen, Imm Marjana, 2ème Etage, Appt. N°4 (près du croisement Anoual - Abdelmoumen) - Casablanca  
Tél. : 0522 865634 / 0522 863185 / 0522 864190 - GSM : 0672 24 33 33

PPV: 97DH60  
PER: 11/25  
LOT: M4082-1



PPV: 97DH60  
PER: 11/25  
LOT: M4082-1



PPV: 97DH60  
PER: 11/25  
LOT: M4082-1



MME LAKHRIF KHADIJA

RES . ABDELMOUMEN IMM 2

ABBP 11 BLD RAYAN

CASA

CASABLANCA PRINCIPAL

20001

N° de Dossier :

86411223

Date et heure : 06/03/2024 12:07

Nom et prénom Assuré :

LAKHRIF KHADIJA

Immatriculation :

9490R139 / 50032R123

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAKHRIF KHADIJA

F01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90439

Valeur en Dirhams :

1 762,80

Nombre de pièces : ?

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE156

Nom Etablissement :



**CNOPS**

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

### Feuille de soins pour les Affections de longue Durée



رقم الهاتف (اختياري): ٥٦٦١٢٠٧٥٦

حاص بالقوقة نـ (ـ)

#### Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD.

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHall, B.P 209- Rabat.

#### Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع المعاوضة

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: ٢٠١٣/٠٤/٢٤

#### تغليفات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحالين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتباعدة على عائقهم ETM والتي تشهد باصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد.

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، والإفادة من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتباعدة ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإلادء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلادء بنتائج الفحوصات الاشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقت مهني الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعویض عن مصاريف العلاج على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاونية التي تنتهي إليها خلال الشهرين المولفين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج

يعاقب بغرامة و/or جرائم المبالغ المقيدة بغير حق دون الالحاد بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق [www.cnops.org.ma](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاونية.

بالنسبة للتأمين الاجتماعي عن المرض الخاص بالطبقة (AMOE), يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 نزقة الخليل ص 209 الرباط

## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

### Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

رقم الهاتف (اختياري): ٥٦٦١٢٠٧٥٦

حاص بالقوقة نـ (ـ)

#### Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRI F KHADIJA  
رقم الانحراف : ٣٥٥١٧١  
رقم التسجيل : ٩٤٢٩٦٩٦٨١٣٩  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : ٨٢٥١٥٢١١١

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(s)\*: ابنة  
Lien de parenté du bénéficiaire Conjoint  زوج  Enfant  ابنة

العنوان : RÉSIDENCE AZIZ MOUEN ١٩٢٢ نـ ١١  
BD BIR ANTARANE ٦٦٨٢ CHALLIF CARABIGA ٢٣٤

إجمالي المصاريـ (بالدرهم) : ١٧٦٢

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes : ٥٧

#### Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي :  
Tariq el aziz  
تاريخ الإزدياد : ٢٠٠٣/٠٦/٢٠

رقم بطاقة التعريف الوطنية : ٠٩١١٥٢٣٩٧  
الجنس\* : ذكر  Féminin  اثـ

#### Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) : ٠٩١١٥٢٣٩٧  
نوع العلاجات : قبول المرض المزمن :  
نـ رقم ملف المرض المزمن :

Type de soins : Admission ALD\*: oui  non   
نـ رقم ملف المرض المزمن :

N° dossier ALD\*: \_\_\_\_\_

Code ALD: \_\_\_\_\_

Soins ambulatoires\*  \* علاجات خارجية\*  Pli confidentiel remis\*  oui  non  تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation\*  \* استشفاء\* Date d'hospitalisation: \_\_\_\_\_

Fait à: Casablanca حرر بـ: Casablanca  
Le: ٢٠١٣/٠٤/٢٤ في: ٢٠١٣/٠٤/٢٤  
توقيع المؤمن (e) \_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré (e) \_\_\_\_\_  
أشهد بحسبه كل ما ذكر راجـ لـ  
J'atteste sous l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.  
أصرخ بصريقة ومحنة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المفيدة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* ضع علامة في الخلية المناسبة

يمنع فتح كل باب يفتح هذا الملف وـ

La vente de cet imprimé est formellement interdite

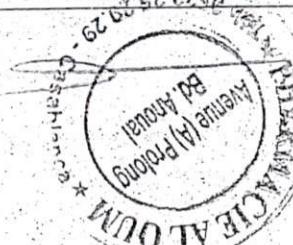
### Description des actes effectués

وصف العمليات المدعاة

CJM - 10

**جد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المهمة**

#### Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التغليف Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي او مومن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
6/3/24	٧٤٦٢٨٣	
INP: 092008564		
INP: [REDACTED]		
INP: [REDACTED]		
INP: [REDACTED]		

INP:

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

INP:

Actes Paramédicaux

INP :

assure app | CNOPS WhatsApp

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 ... Autres marque-pages

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 ENREGISTRE 2 EN COURS DE TRAITEMENT 1 PAYE

Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	05/04/2024	Virement	-	4 118,60	3 119,60	364,20	3 483,80
86411258	06/03/2024	Payé en : 30 jours	-	LAKHRIF KHADIJA	2 355,80	1 536,80	359,20	1 896,00
86411223	06/03/2024	Payé en : 30 jours	-	LAKHRIF KHADIJA	1 762,80	1 582,80	5,00	1 587,80
1	-	03/04/2024	Virement	-	602,50	120,00	5,00	125,00
1	-	05/03/2024	Virement	-	3 025,31	2	196,20	2
						347,60		543,80
1	-	14/12/2023	Virement	-	2 467,04	679,59	100,69	780,28
1	-	06/12/2023	Virement	-	1 602,90	674,97	57,13	732,10
1	-	05/12/2023	Virement	-	616,40	296,20	38,56	334,76
2	-	01/11/2023	Virement	-	2 408,20	1	10,00	1

Taper ici pour rechercher 21°C Ensoleillé 14:32 08/04/2024