

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.

201680

N° W19-582191

COMPLEMENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2961

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : AOUAD NABIL

Date de naissance : 13/04/1955

Adresse : Hajtuelle

Tél. : 0661411411

Total des frais engagés : 602,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

MUPRAS

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

09 AVR. 2024

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les enseignements 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 09/04/2024

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 :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODDF.

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"/>

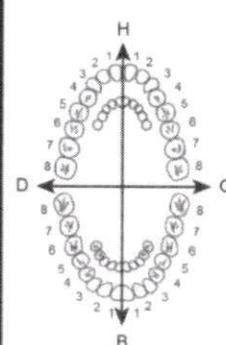
O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a 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 dernier acte médical, sauf s'il y a un 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 d'origine professionnelle 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 NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle

Signature et tampon de l'agent

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :

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).

Il faut également joindre une copie 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 dernier acte médical, sauf si il y a un 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 d'origine professionnelle 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 NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et tampon de l'agent

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

tablir une feuille de soins par personne et ar événement.

a 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 dernier acte médical, sauf si il y a un 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 d'origine professionnelle 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 NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et tampon de l'agent

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاریخ الإيداع :

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).

Il faut également joindre une copie 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 dernier acte médical, sauf si il y a un 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 d'origine professionnelle 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 NOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Signature et tampon de l'agent



N° Bordereau :

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : LAKHRI KHAJJA

355171

N° Affiliation : 942908139

B 205311

N° Immatriculation : Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

الإسم العائلي والشخصي : رقم الانحراف :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ○ زوج ○ Enfant ○ ابن ○

Adresse : RESIDENCE MELNOUEN 11112 APT 11
BD 812 ANZARANE 0705 CASA BLANCA

Montant des frais (Dhs) : 602,50

Nombre de pièces jointes : 01

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : تاريخ الإزدياد :

Nom et prénom : LAKHRI KHAJJA

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* :

M ○ ذكر ○ F ○ أنثى ○

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP

090151479

Type de soins

Maladie *

مرض *

Pli confidentiel remis* : Oui Non

Maternité *

أمومة *

Hospitalisation *

استشفاء *

Accident *

حادث *

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'accident :

Causes :

أشهد بصححة كل ما ذكر أعلاه .

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

Fait à : Casablanca

le : 11/02/2024

Toujours المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصداقية صحة المعلومات المذكورة أعلاه .

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables .

Fait à : Casablanca

le : 11/02/2024

توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature de l'établissement ou de l'Etablissement de soins

Andaloumen Center, Avenue Hassan II
Boulevard Abdellatif Andaloumen 20000 Casablanca

* أشطب الخانة

وتحتم مفعلاً كلما يبع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وتحتم مفعلاً كلما يبع هذا المطبوع

عملات الاحياء، الاشعة و المصور

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

description des actes effectués

صف العملات المحرّاة

جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممولة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

التاريخ التنفيذ Date d'exécution	الцен المفoter Prix facturé	توقيع و ختم الصيدلاني أو موظف الموزعات الطبية Signature et Casquet du Pharmacien et des Fournisseurs des dispositifs médicaux.
٢٣/١٢/٢٤	٢٥٢,٥٧ 092008564	Bd. Aoual Prolong Casablanca *
		INP INSTITUT NATIONAL DE LA PHARMACIE INSTITUT NATIONAL DE LA PHARMACIE

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدون الطبيون

نظام المساعد الطبي

Ophthalmologist

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



الدكتور عادل وحيد

اختصاصي في طب وجراحة العيون

جراحة الملاحة - الحول - مسالك الدموع

داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايتك

19/02/2024

Casablanca, le :
LAKHRIF Khadija

- LOTEMAX COLLYRE fl

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 30 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



252,50

Dr. Adil WAHIDY

Ophtalmologist
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Abdelmoumen et Bd. Añoual
2ème Etage N° 211 Casablanca
Tél.: 0522 86 14 18 - GSM : 0661 48 33 35

Abdelmoumen Center,

Angle Bd Añoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

Tramway station Abdelmoumen

Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

GSM : 06 44 05 49 05

E-mail : adilwahidy28@gmail.com

مجمع عبد المؤمن.

زاوية شارع أنوال و شارع عبد المؤمن الطابق الثاني الرقم 211

محطة الترامواي عبد المؤمن

الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18

الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05

البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com



Tableau A (Liste I)
 Distribué au Maroc par Zenith Pharm
 AMM Maroc N°. 60/20/DMP/21/NROD
 PPV = 112,50 DHS

LOTEMAX est une marque déposée
 Incorporated ou de ses filiales.
 © 2020 Bausch & Lomb Incorporate

Bausch & Lomb
 بارزة مسجلة لشركة
 شركات التابعة لها
 او
 Bausch & Lomb Inc.

PPC: 140 DH 00

LOT M 00 22
 2025/11



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 Telechargement ... حساب، الدرر الثالث (31) ... Autres marque-pages

Accueil > Application > assuree.app

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu

Assurance du Maroc
CNOPS
La sécurité c'est bon 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 ENREGISTRE 2 EN COURS DE TRAITEMENT 1 PAYE EN COURS DE PAIEMENT 2

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
- 1	-	03/04/2024	Virement	-	602,50	120,00	5,00	125,00
86253072	28/02/2024	Payé en : 35 jours	LAKHRIF KHADIJA	602,50	120,00	5,00	125,00	
1	-	05/03/2024	Virement	-	3 025,31	2	196,20	2
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

Taper ici pour rechercher

20°C Eclaircies 19:38 04/04/2024

Royaume du Maroc

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



Accusé de Réception



N° de Dossier :

86253072

Date et heure : 28/02/2024 09:00

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 :

602,50

Nombre de pièces : 1

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :