

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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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° W19-582191

20.16.80
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 NADIA

Date de naissance : 13 04 1953

Adresse : Habituelle

Tél. : 066411411 Total des frais engagés : 7602,50 F Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 :

Le :

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 : <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										

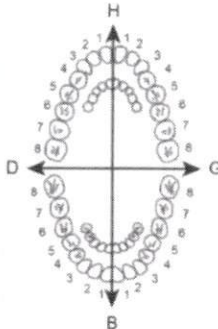
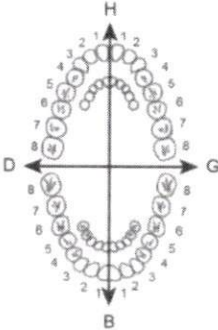
[illegible][illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veillez 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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 0000000 0000000 D ——— G 0000000 0000000 35533411 11433553 B </div> </div>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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 utes les pièces justificatives originales rdonnances médicales, factures, résultats s examens de radiologie et/ou de laboratoire).

e nom et prénom de la personne soignée ivent être portés par les praticiens eux mêmes ir chaque feuille de soins.

es prospectus et les PPM concernant les édicaments achetés doivent être joints aux rdonnances transmises.

a feuille de soins ainsi que les pièces atificatives doivent être présentées à votre utuelle dans les deux mois qui suivent le remier acte médical, sauf s'il y a traitement édical continu. Dans ce dernier cas, le dossier it être présenté dans les soixante (60) jours i suivent la fin du traitement.

e remboursement des frais engagés sera ectué sur la base de la tarification nationale éférence.

es risques liés aux accidents du travail et adies professionnelles ne sont pas couverts.

oute personne coupable de fraude ou de fausse éclaration pour obtenir des prestations qui sont pas dues, est passible des sanctions gales et réglementaires.

obligation de remboursement prise par la NOPS est subordonnée au respect des nditions réglementaires et de ce qui précède.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حد.

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 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 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.



0661 21 07 56
ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : LAKHRIF KHAJISA : الاسم العائلي والشخصي

N° Affiliation : 355171 : رقم الانخراط

N° Immatriculation : 9429081139 : رقم التسجيل

N° CIN : B 205311 : رقم بطاقة التعريف الوطنية

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

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : RESIDENCE MOELNOUMEN 1412 APT 11 : العنوان

BD BIR ANZARANE DERS ORANEE CAVA BLANCA

Montant des frais (Dhs) : 602.50 : مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 01 : عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : LAKHRIF KHAJISA : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : LAKHRIF KHAJISA : الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : : تاريخ الميلاد

N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe* : M ☐ ذكر F ☐ أنثى : الجنس*

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091015479 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☐ مرض* : Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ : تم تقديم الظرف المغلق*Maternité* ☐ أمومة* : Date de grossesse : : تاريخ الحملHospitalisation* ☐ استشفاء* : Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادةAccident* ☐ حادث* : Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء

Causes : : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. : J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : : حرر بـ

le : 11/02/2014 : في

Toujours le : 11/02/2014 : توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré (e) : Signature du médecin traitant

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التعاقدية
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier : : تاريخ الإيداع	

أصرح بمصادقة صحة المعلومات المذكورة أعلاه. : Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : : حرر بـ

le : 11/02/2014 : في

Toujours le : 11/02/2014 : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Signature de l'assuré (e) : Signature du médecin traitant

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

description des actes effectués

وصف العمليات الجراحية

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
19/02/24	Cu			310,00	
				11,3	

CIM - 10

جود الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو موزن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et des Fournisseurs des dispositifs médicaux
19/2/24	252,50	

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

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

Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste

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



الدكتور عادل وحيدى

- اختصاصي في طب و جراحة العيون
- جراحة الجلالة - الحول - مسالك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر لايذك

19/02/2024

Casablanca, le :
LAKHRIF Khadija

- LOTEMAX COLLYRE

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
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
2ème Etage N° 211 Casablanca
Tél : 0522 86 14 18 - GSM : 0661 48 33 35

Abdelmoumen Center,
Angle Bd Anoual 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 المومن.
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211
محطة الطرامواي عبد المومن
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

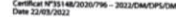


Bausch & Lomb Inc أو

LOT

2025 / 11

JOHN



Certificat N°35148/2020/796 – 2022/DM/DPS/DMP/18
Date 22/03/2022

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

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 94253072 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 :