

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

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

ND: 20857

COMPLEMENT

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016559

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE

Nom & Prénom : AQUAD NATIB Date de naissance : 13 04 53

Adresse : RESIDENCE ABDEL MOUMEN 11112 APT 11 BD BIR ANZARANE

Tél. : 06 61 41 14 11 Total des frais engagés : -1507,60 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 : Casablanca Le : 17 / 06 / 2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19- 0016559

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 2161

Nom de l'adhérent(e) : AQUAD NATIB

Total des frais engagés : -1507,60 Dhs

Date de dépôt :

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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

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 التعريفة 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.



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 KHADIJA** : الاسم العائلي والشخصي :
N° Affiliation : **355171** : رقم الانخراط :
N° Immatriculation : **942908139** : 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 ☐ Enfant ☐ ابن ☐
Adresse : **RESIDENCE ABDELMOUMEN 1712 APT 11 BOULEVARD BIR ANZARANE DES CHAMPEES CASABLANCA** : العنوان :
Montant des frais (Dhs) : **1.507,60 Dhs** : مبلغ المصاريف (درهم) :
Nombre de pièces jointes : **06** : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات :
Nom et prénom :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : **091037245** : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
Type de soins : نوع العلاجات :
Maladie * ☐ مرض * :
Maternité * ☐ أمومة * :
Hospitalisation * ☐ استشفاء * :
Accident * ☐ حادث * :
Pli confidentiel remis* : ☐ Oui ☐ Non : تم تقديم الظرف المغلق * :
Date de grossesse : : تاريخ الحمل :
Date prévue d'accouchement : : التاريخ المرتقب للولادة :
Date d'hospitalisation : : تاريخ الاستشفاء :
Date d'accident : : تاريخ الحادث :
Causes : : أسباب الحادث :

| Cachet et signature de la mutuelle | توقيع وطابع التعاقدية |
|--|-----------------------|
| <p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier : <input type="text"/> : تاريخ الإيدع :</p> | |

| | |
|---|---|
| <p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه .</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : 091037245</p> <p>le : 10/03/2020</p> <p>توقيع المؤمن له (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p> | <p>أصريح بمصادقية وصحة المعلومات أعلاه</p> <p>I declare the sincerity and veracity of the information above.</p> <p>محرر : ABDELMOUMEN</p> <p>Spécialiste en Traumatologie</p> <p>Orthopédiste</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج</p> <p>Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</p> |
|---|---|

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

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع



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

000061478171

Accusé de Réception

N° Réception : 61478171
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : LAKHRIF KHADIJA
Immatriculation : 94908139 / 500328123
Nom et Prénom Bénéficiaire : LAKHRIF KHADIJA
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 11/03/2020 8:42
Lieu de réception : CASA SIERE 90138
Valeur du dossier : 1507,60
Nombre de pièces : 6
Code Agent : 9MGE156

Code Etablissement :
Etablissement :

Information

PAÏE

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 | - | 19/05/2020 | Virement | - | 1 391,25 | 119,88 | 27,40 | 147,28 |
| 2 | - | 31/03/2020 | Virement | - | 2 234,31 | 1 158,20 | 76,75 | 1 234,95 |
| 61478210 | 11/03/2020 | Payé en : 20 jours | | LAKHRIF KHADIJA | 726,71 | 572,20 | 29,25 | 601,45 |
| 61478171 | 11/03/2020 | Payé en : 20 jours | | LAKHRIF KHADIJA | 1 507,60 | 586,00 | 47,50 | 633,50 |
| 1 | - | 31/12/2019 | Virement | - | 1 005,20 | 635,20 | 25,00 | 660,20 |
| 1 | - | 11/12/2019 | Virement | - | 1 259,91 | 493,91 | 84,49 | 578,40 |
| 1 | - | 02/12/2019 | Virement | - | 2 573,01 | 1 466,78 | 326,34 | 1 793,12 |
| 1 | - | 14/10/2019 | Virement | - | 605,20 | 475,20 | 5,00 | 480,20 |
| 1 | - | 19/07/2019 | Virement | - | 605,20 | 368,64 | 61,83 | 430,47 |



Casablanca, le

08/07/2016

T = 457,60

M^{me} Lakhdar Khadija

82,00 x3

Vox c/b  feblee l'any



feblee x2 (- 404)

1 feblee  (- 17)

92,60 x

Examen sp 20/18/41

Ciboul sp 1 f 13,20 x2


Dr. Abdelkrim LARGA
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédiste

NOVOPHARMA LOT
 21 82.00

LOT: 20062
 PER: 03/21
 PPV: 82.00


NOVOPHARMA LOT
 21 82.00

VOXCIB® 200 mg ○
 10 gélules



6 118000 140665

VOXCIB® 200 mg ○
 10 gélules



6 118000 140665


VOXCIB® 200 mg ○
 10 gélules




6 118000 140665

SYNTHEMEDIC ○
 22 rue zoubair bnou al nouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr CR
 Boîte 14
 4015DMP/21NRQ P.P.V.: 92,60 DH
 118001 020591

SYNTHEMEDIC ○
 22 rue zoubair bnou al nouam roches
 noires casablanca
INEXIUM
 20 mg Cpr CR
 Boîte 14
 64015DMP/21NRQ P.P.V.: 92,60 DH
 6 118001 020591

CETAMYL® 1000 mg ○
 Paracétamol
 Boîte de 10 comprimés P.P.V.: 13,20 DH

 6 118000 191438

100x45x20

CETAMYL® 1000 mg ○
 Paracétamol
 Boîte de 10 comprimés P.P.V.: 13,20 DH

 6 118000 191438

100x45x20



Casablanca, le

28/3/2020

M^{me} Lakone F Khodija,
Two week injury in respect of 1st
in thumb &
& R x main of center in
the thumb F & P

191 : 05 22 86 01 25
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
RADIOLOGIE DES OS
CHU EL HADJ LAKHOU

* Echo graphie du pouce
de l'union. D^{rs}

Dr. Abdelhakim LARGA
Spécialiste en Traumatologie
Orthopédie

Bureau N° 258, Rue Mustapha El Maâni
Mers Sultan - Casablanca

الفحص بالأشعة درب غلف
RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale
Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE
EX Professeur en Radiologie au CHU
et la Faculté de Médecine Casablanca
Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.
Ancien Praticien des hôpitaux de France

• SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
• MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
• DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca , le 04/03/2020

PATIENT : LAKHRIF KHADIJA
MEDECIN TRAITANT : DR LARGAB
EXAMEN(S) REALISE(S) : **ECHOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE**

RESULTAT :

Aspect irrégulier de la corticale de l'inter phalangienne du pouce droit avec pincement de l'interligne articulaire et becs ostéophytiques exubérants.

Il s'y associe une hypertrophie de la synoviale qui présente une discrète hyperémie avec lame d'épanchement articulaire

La métacarpophalangienne est d'aspect régulier, sans hypertrophie synoviale ni épanchement

Les tendons fléchisseurs du pouce sont discrètement épaissis sans solution de continuité.

CONCLUSION :

Remaniement arthrosique avec ostéophytes exubérants de l'inter phalangienne du pouce droit responsable d'une synovite et d'une ténosynovite des fléchisseurs du pouce.

Confraternellement

PR A.SKALLI

0522 86 01 25 / 86 10 68
06 61 20 33 31
001850004000042
367455

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31 : المحمول

ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيازن - الدار البيضاء
et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

0729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Diplômé en IMAGERIE des SEINS ,ORL et Maxillo-faciale

Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE

EX Professeur en Radiologie au CHU

et la Faculté de Médecine Casablanca

Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.

Ancien Praticien des hôpitaux de France

- SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
- MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
- DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca , le 04/03/2020

PATIENT : LAKHRIF KHADIJA
MEDECIN TRAITANT : DR LARGAB
EXAMEN(S) REALISE(S) : **RX MAIN DROITE F+P**

RESULTAT :

Arthrose de l'interphalangienne du pouce droit avec pincement, irrégularité des berges articulaires et ostéophytose marginale.

la métacarpophalangienne du pouce présente également un pincement modéré avec ébauche d'ostéophyte marginal.

Pas de lésion osseuse traumatique.

Tuméfaction de des parties molles du pouce

Confraternellement
PR A.SKALLI

Signature of Dr. A. Skalli
Stamp: RADIOLOGIE DERB GHALLEF
Tél : 0522.86.01.25 / 86.10.68
Fax : 0522.86.59.45
Email : radiologiederbghallef@gmail.com
I.C.E. : 001850004000042
IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31 : المحمول

ملتقى شارع أنوال و عبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيارن - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E. : 001850004000042

IF : 20729789 - RC : 367455 - TAX PRO : 34705167 - N° AFFL : 5307782

الفحص بالأشعة درب غلف RADIOLOGIE DERB GHALLEF

Angle Bd Anoual et Abdelmoumen

DOCTEUR HAMDOUNE Mustapha

Spécialiste en RADIOLOGIE
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé en IMAGERIE des SEINS, ORL et Maxillo-faciale
Ancien Praticien Hospitalier des hôpitaux de France



Professeur EL ABBASSI SKALLI Aziza

Specialiste en RADIOLOGIE
EX Professeur en Radiologie au CHU
et la Faculté de Médecine Casablanca
Diplômée en IMAGERIE de la FEMME de la F.M.P.
Ancien Praticien des hôpitaux de France

• SCANNER MULTIBARRETTES 3D (32 COUPES) • ANGIOSCANNER • COLOSCOPIE VIRTUELLE • IMAGERIE DE LA FEMME
• MAMMOGRAPHIE NUMERIQUE • OSTEODENSITOMETRIE • RADIOLOGIE • PANORAMIQUE DENTAIRE NUMERIQUE • CONE BEAM
• DENTASCANNER • TELERADIO A 4m • ECHOGRAPHIE 3D4D • DOPPLER COULEUR • PONCTION BIOPSIE GUIDEE • IRM

Casablanca, le 04/03/2020

FACTURE : 01210/2020

NOM ET PRENOM : LAKHRIF KHADIJA

TYPE EXAMEN :

RX MAIN DROITE F+P : 250 DH

ECHOGRAPHIE DE LA MAIN DROITE : 500 DH

TOTAL : 750 DH

SEPT CENT CINQUANTE DH

RADIOLOGIE DERB GHALLEF
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
Abdelmoumen Center
Tél : 05 22 86 01 25

Tél. : 0522.86.01.25 / 86.10.68 : الهاتف : GSM : 06 61 20 33 31 : المحمول

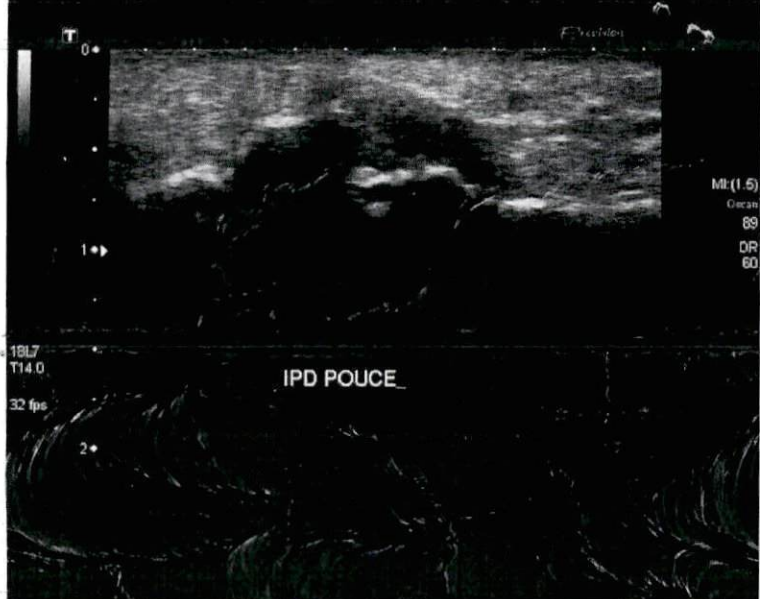
ملتقى شارع أنوال وعبد المومن - الطابق السفلي - إقامة عبد المومن سنتر - بجانب مقهى سيان - الدار البيضاء

Angle BD. Anoual et BD. Abdelmoumen - rez-de-chaussee - Resd. Abdelmoumen Center - A côté de Café Seazen - Casablanca

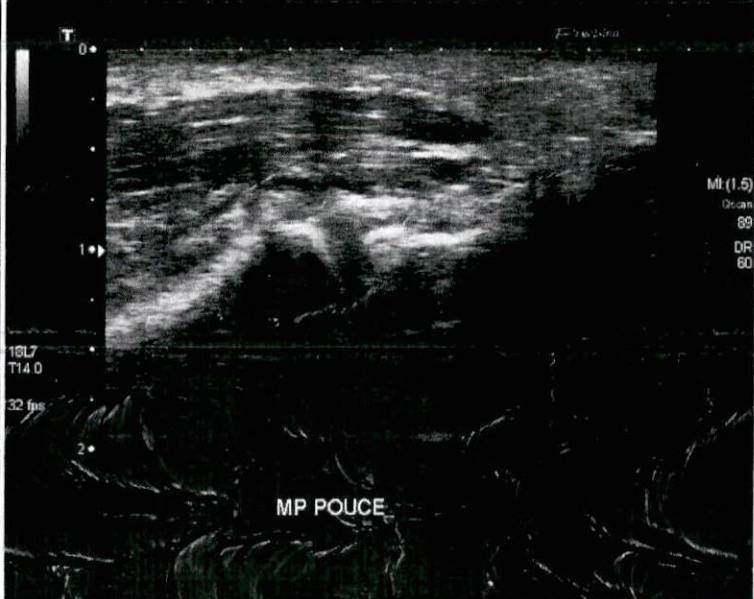
Fax : 0522.86.59.45 - Email : radiologiederbghallef@gmail.com - I.C.E.: 001850004000042

IE : 20729789 - RC : 267455 - TAX DGO : 04705107 - N° 1

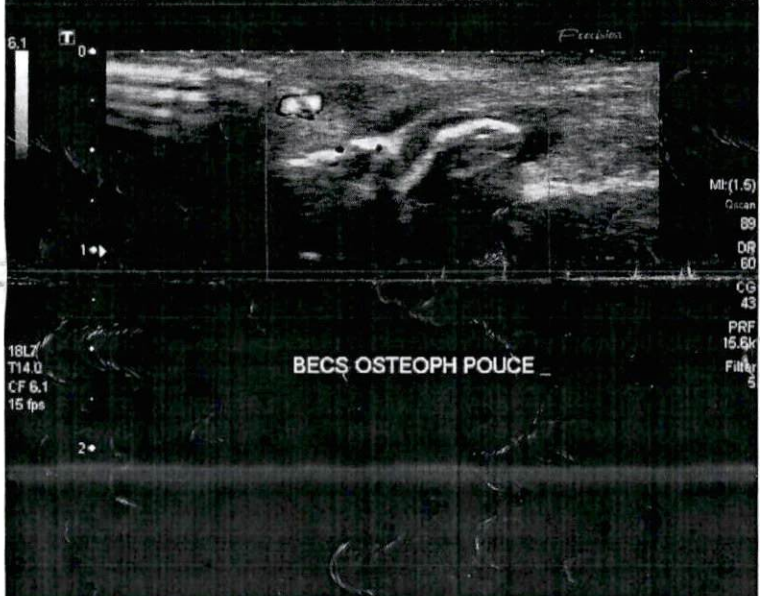
TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.08.24



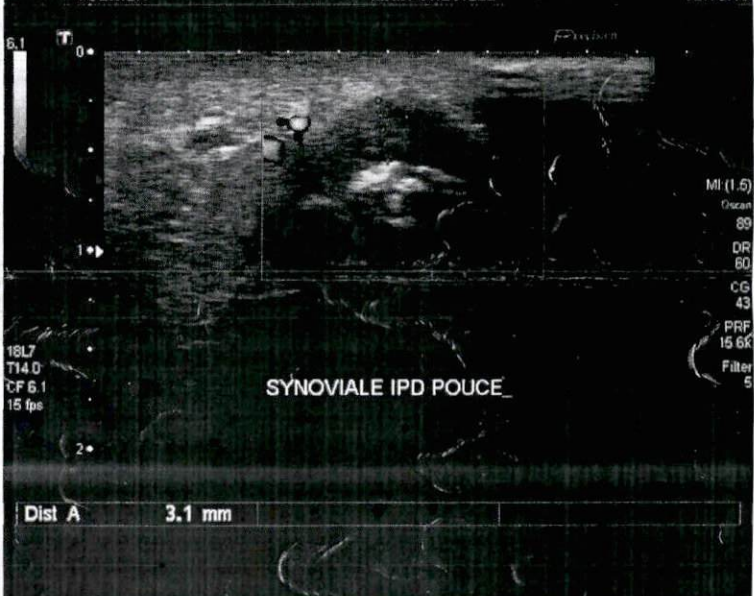
TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.10.11



TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.14.39



TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.16.15



TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.17.33



TOSHIBA 30876:LAKHRIF KHADIJA 63 F 05/03/2020
TOSHIBA MAIN CHEVILLE 12.18.22

