

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.

N° W19-582285

111851

COMPLÉMENT

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161

Société : ROYAL AIR MAROC

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BOUJAD NAJIB

Date de naissance : 12/04/1953

Adresse : Hajituelle

Tél. : 0661411411

Total des frais engagés : 7900 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : LAKHRIE KHADIDJA 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 : 14/04/2022

Signature de l'adhérent(e) :



Date d'édition : 02/03/2022 11:19:38

MME LAKHRIF KHADIJA
RES . ABDELMOUMEN IMM 2
APPT 11 BD BIIR 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 :

Accusé de Réception



Date et heure : 02/03/2022 11:19

LAKHRIF KHADIJA

94908139 / 500328123

LAKHRIF KHADIJA

/ 01

FEUILLE DE SOINS

CASA SIEGE 90129

900.00

Nombre de pièces : 6

Agent de réception : 9MGE244

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض

Feuille de soins Maladie



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renouvelée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Analyses biologiques ne sont pas exigées lors des résultats dossiers de demande de remboursement au sein de votre Mutuelle. Les résultats des examens biologiques 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 votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement 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 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 Khaili, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقع عليها وارفاقها جميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلي للدواء، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإلادلة بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاونية ولا بالإلادلة 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 وبقي مهني الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقوسة بغير حق دون الالتماع 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 أو الموقع الإلكتروني للتعاقدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيددين تزوين إسمهم ورقم بطاقةتعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :

Date de dépôt du dossier :

رقم الهاتف (اختياري): 0661210756

خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADJJA

3551171

رقم الانفراط : 94129081139

B2015131114

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : RESIDENCE ABDELMOUNEN 1MH2 ART M

BD BIR ANZARANE CASABLANCA

إجمالي المصاري (بالدرهم) : 900 000 DA

عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 06

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : تاريخ الإيداع :

Date de naissance : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° CIN : الجنس * :

Sexe* : Masculin ذكر Feminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) الرقم الوطني الاستدلالي لمهني الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins نوع العلاجات يمتنع تقديم الطرف المقابل *

Maladie* مرض Date de grossesse : تاريخ الحمل :

Maternité* امومة Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب لل ولادة :

Hospitalisation* إستشفاء Date d'hospitalisation : تاريخ الالتحاق :

Accident* حادث Date d'accident : تاريخ الحادث :

Causes : أسباب الحادث :

Fait à : Casablanca حرر ب : في : توقيع المؤمن (ة)

Signature de l'assuré (e) أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessous sincères et véritables.

توقيع وطابع المؤمن (ة) توقيع وطابع المؤمن (ة) Le : 29/01/2017 1886

للمزيد من المعلومات www.cnops.org.ma CNOPS

* ضع علامة في الخانة المناسبة CNOPS

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع الطبيب المختص Signature et Cachet du Médecin traitant
24/02/24				GRATUIT	Signature et Cachet du Médecin traitant
28/02/24				INPE: 0916718	Signature et Cachet du Médecin traitant
01/03/24				INPE: 110504	Signature et Cachet du Médecin traitant

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوترة Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]
		INP: [REDACTED]

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاشعة
et Cachet du Radiologue

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الاشعة او الاشعة et Cachet du Radiologue
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

توقيع وطابع المساعد الطبي
Signature et Cachet du Paramédical

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوترة Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]
					INP: [REDACTED]

[REDACTED]

دكتور Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtalmologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
le l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le : 24/02/22

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بالدار البيضاء
أمراض وجراحة العيون للأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

الدار البيضاء في :

Cher collègue

je vous confie pour écho+biométrie (IOL MASTER) Mme LAKHR
KHADIJA qui présente une cataracte

Pr. Med HAMDANI
OPHTALMOLOGISTE
24, Rue Imam Aloussi-Bourgogne
Tél.: 0522 27 67 46/51 (L.G)
Casablanca
INPE: 051071836

24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون، الدار البيضاء
الهاتف : 05 / 51 - 05 22 27 67 46 - الفاكس : 05 22 26 66 77

دكتور Mohammed HAMDANI

Ex Professeur à la Faculté de Médecine
de Casablanca
Ophtamologie Pédiatrique et Adulte
Ancien Médecin Résident Etranger
à l'Hôpital Necker - Enfants Malades - Paris

Casablanca le : ٢٤/١٢/٢٠١٢

الدكتور محمد حمداني

أستاذ سابق بكلية الطب بجامعة البيضاء
أمراض وجراحة العيون الأطفال والكبار
طبيب داخلي سابق
بمستشفيات باريس

الدار البيضاء في :

cher collègue

je vous confie pour visite pré-anesthésique M
proposée pour chirurgie de CATARACTE

LAKHAF
KHAUDI JA



24. زنقة الإمام علوسي الطابق الثالث (أمام مصحة بدر) بورگون، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 27 67 46 - 05 22 26 66 77 - الفاكس : 05 22 51 / 52



Ce plugin n'est pas compatible



Accueil > Application > assure app



Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatrication Menu ▾

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)

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 2	-	07/04/2022	Virement	-	1 324,00	717,75	13,20	730,95
	72738603	23/02/2022	Payé en : 43 jours	LAKHRIF KHADIJA	424,00	198,00	13,20	211,20
	72887979	02/03/2022	Payé en : 36 jours	LAKHRIF KHADIJA	900,00	519,75	0,00	519,75
■ 1	-	31/01/2022	Virement	-	974,30	447,20	5,00	452,20
■ 1	-	13/01/2022	Virement	-	801,10	585,10	83,00	668,10
■ 1	-	10/01/2022	Virement	-	1 678,51	1 422,30	196,20	1 618,50
■ 2	-	18/10/2021	Virement	-	1 903,95	1 171,70	10,00	1 181,70
■ 1	-	06/09/2021	Virement	-	502,20	198,00	13,20	211,20
■ 1	-	07/07/2021	Virement	-	636,40	506,40	5,00	511,40
■ 1	-	15/06/2021	Virement	-	1 721,10	438,77	91,58	530,35
■ 1	-	19/04/2021	Virement	-	749,00	123,00	19,40	142,40
■ 1	-	09/04/2021	Virement	-	636,40	506,40	5,00	511,40
■ 1	-	04/03/2021	Virement	-	506,40	229,64	20,43	250,07
■ 2	-	01/02/2021	Virement	-	3 347,41	1 550,15	350,88	1 901,03
■ 1	-	25/12/2020	Virement	-	636,40	506,40	5,00	511,40
■ 1	-	19/10/2020	Virement	-	1 505,91	1 013,00	178,85	1 191,85
■ 1	-	30/09/2020	Virement	-	3 318,31	855,00	0,00	855,00
■ 2	-	23/09/2020	Virement	-	5 695,70	2 051,30	155,24	2 206,54
■ 1	-	05/08/2020	Virement	-	605,20	475,20	5,00	480,20



CLINIQUE NOUR D'OPHTHALMOLOGIE CASABLANCA

مصحة النور للعيون الدار البيضاء

Date : CNOC •

27/02/2022

Intervention : cataracte

Cher confrère :

Merci de m'avoir adressé en CPA Mr/Mme _____
en vue d'une chirurgie de cataracte

Antécédents :

-Médicaux :

- Diabète :

-HTA :

-Cardiopathie ischémique:

Insuffisance rénale:

Dialyse:

Allergie:

Autres: antihormone ; Cholesterin

Chirurgicaux : 4 x 3 ; oxygène ; Nasal semi cr

Examen clinique:

TA= 14/9

Fc= 66

Poids =

Conjonctives =

Cérum

CVX= RAS

Poumons= 0/05 râle bronchique

Vx cou= lib

Cou=

ouverture buccale

DTM=

Bilan para-clinique :

ECG= normal

ASA : I Mallampati : II

NYHA :

Anesthésie: AL + lid

Conclusion : C primaire chirurgicale

Biologie :

Merci de votre confiance, Je reste à votre entière disposition pour toute autre information

Bien confraternellement

Dr. Youssef AIBAR
Anesthésiste Réanimateur

INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء
• CNO •

28/02/2022

A l'honneur de présenter à Mme LAKHRIF Khadija

Frais médecin Anesthesiste **150** Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

Frais clinique **150** Dhs
 CENT CINQUANTE (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

Cachet et signature

Dr. ABAK YOUSSEF
Anesthésiste - Réanimateur

CLINIQUE ACCÈS
28 Angle des Palmiers et Route des Facultés
des Facultés Universitaires et Polytechniques
Tél: 05 22 23 49 87 - Fax: 05 22 23 49 87



INPE 090060914



CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE CASABLANCA
مصحة النور للعيون الدار البيضاء

28/02/2022

A l'honneur de présenter à Mme LAKHRIF Khadija

Frais clinique IOL MASTER 300 Dhs
TROIS CENT (DIRHAMS)

et le prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués.

CLINIQUE NORD OUEST
28, Avenue des Palmiers
des Facultés
Tél. 05 55 22 33 44



INPE 090060914

INPE 090060914
28, Angle Rue des Palmiers et Route des Facultés , Oasis - Casablanca • Tél.: 05 22 23 49 89 LG • Fax : 05 22 23 49 87 • E-mail : cliniquenour01@gmail.com
INPE : 090060914 • Patente : 36350533 • I.F. : 40143077 • CNSS : 8282733 • I.C.E : 001685652000087 • AttijariWafaBank : Agence Av. 2 Mars - RIB : 007 780 000122700000605 67
28، زاوية زنقة التغصيل وطريق الجامعات، الوزيرين - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 23 49 89 LG - الفاكس: 05 22 23 49 87 - البريد الإلكتروني: cliniquenour01@gmail.com
رقم الابقى: 36350533 - رقم التسجيل: 40143077 - رقم CNSS: 8282733 - رقم ICE: 001685652000087 - وكالة: 2 مارس - الباقي: 007 780 000122700000605 67

Patient

LAKHRIF, KHADIJA

Né(e) le 21/06/1956 Sexe Féminin CLINIQUE NOUR D'OPHTALMOLOGIE
ID patient 25844

Médecin Médecin Opérateur Surgeon Surgeon 25 Route des faculté lot Guynemer
Casablanca

Date vérif. calibrage : 28/02/2022 Par : Surgeon Résultat : OK
Date de la mesure : 28/02/2022 n: 1,3375 CVD: 12,00 mm

OD droite		Calcul IOL				OS gauche	
État de l'oeil							
LS: Phaque		VS: Corps vitré		LS: Phaque		VS: Corps vitré	
Réf: ---		VA: ---		Réf: ---		VA: ---	
LVC: Non traité		Mode LVC: -		LVC: Non traité		Mode LVC: -	
Réf. cible: +0,00 D		SIA: +0,00 D @ 0°		Réf. cible: +0,00 D		SIA: +0,00 D @ 0°	
Valeurs biométriques							
AL: 22,72 mm	SD: 11 µm	AL: 22,60 mm	SD: 12 µm				
ACD: 2,90 mm	SD: 7 µm	ACD: 2,88 mm	SD: 10 µm				
LT: 4,62 mm (!)	SD: 46 µm	LT: 4,58 mm (!)	SD: 52 µm				
WTW: 11,8 mm		WTW: 11,7 mm					
SE: 44,91 D	SD: 0,01 D	K1: 44,65 D @ 93°		SE: 45,39 D	SD: 0,01 D	K1: 45,01 D @ 85°	
ΔK: -0,52 D @ 93°		K2: 45,17 D @ 3°		ΔK: -0,77 D @ 85°		K2: 45,78 D @ 175°	
TSE: ---		TK1: ---		TSE: ---		TK1: ---	
ΔTK: ---		TK2: ---		ΔTK: ---		TK2: ---	
K Alcon AcrySof SA60AT	K Alcon AcrySof SN60WF	K Alcon AcrySof SA60AT	K Alcon AcrySof SN60WF				
- SRK®/T - Const.A: 118,80	- SRK®/T - Const.A: 119,00	- SRK®/T - Const.A: 118,80	- SRK®/T - Const.A: 119,00				
IOL (D) Réf (D)							
+23,00 -0,64	+23,50 -0,79	+23,00 -0,71	+23,00 -0,51				
+22,50 -0,29	+23,00 -0,44	+22,50 -0,36	+22,50 -0,18				
+22,00 +0,05	+22,50 -0,10	+22,00 -0,02	+22,00 +0,16				
+21,50 +0,39	+22,00 +0,23	+21,50 +0,31	+21,50 +0,49				
+21,00 +0,72	+21,50 +0,56	+21,00 +0,64	+21,00 +0,81				
+22,07 Emmétropie	+22,34 Emmétropie	+21,96 Emmétropie	+22,24 Emmétropie				

(!) valeur douteuse

(*) valeur a été éditée manuellement

--- aucune valeur mesurée

Commentaire

Signature

