

## 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.

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° W19-582259

140245

COMPLÉMENT

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE  
 Nom & Prénom : AHMED NASSIR  
 Date de naissance : 13/04/1953  
 Adresse : HADJ LILLE  
 Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 7470,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :   
 Nom et prénom du malade : LAHME KHADIA 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 : 09 / 12 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

## 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 Khali, B.P 209- Rabat.

## تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمن الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة 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، والا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال 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 للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

## توقيع وطابع التعاضدية

Cachet et signature de la mutuelle

Identification de l'agent : .....

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع : .....



## ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 2661210756 N° du Tél (optionnel):

### Partie réservée à l'assuré(e)

### خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADIJA  
رقم الانخراط : 31551711  
رقم التسجيل : 1912 1910811319  
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 19-120531111  
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐  
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*  
العنوان : RESIDENCE ABDEL MOUMEN 1417 MTM  
BD BIR ANZARANE DEUB (MADINET CASABLANCA)  
إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 470,7084  
Montant des frais (Dhs) :  
عدد الوثائق المرفقة : 03  
Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du médecin traitant

### تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADIJA  
تاريخ الإيداع :  
رقم بطاقة التعريف الوطنية :  
الجنس\* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐  
Nom et prénom :  
Date de naissance :  
N° CIN :  
Sexe\* :

### Identification du médecin traitant

### تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : 0980011142  
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات :  
قبول المرض المزمن : oui ☐ non ☐  
رقم ملف المرض المزمن :  
رقم المرض المزمن :  
تم تقديم الظرف المغلق : oui ☐ non ☐  
Pli confidentiel remis\* :  
تاريخ الاستشفاء :  
Date d'hospitalisation :  
Soins ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية\* ☐  
Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* ☐  
Type de soins :  
Admission ALD\* :  
N° dossier ALD\* :  
Code ALD :

Fait à : Casablanca  
Le : 10/06/2012  
Fait à : Casablanca  
Le : 10/06/2012  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins  
أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.  
توقيع المؤمن (ة)  
Signature de l'assuré (e).

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع مئلا كئلا بيع هذا المطبوع

### وصف العمليات المجراة

CIM - 10			
----------	--	--	--

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

# 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 ومطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

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

**Accusé de Réception**

N° de Dossier :

76686437

Date et heure : 06/10/2022 11:36

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 :

470,70

Nombre de pièces : 3

Code Etablissement :

Agent de réception : 9MGE072

Nom Etablissement :



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

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

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
- 2	-	02/12/2022	Virement	-	770,70	356,10	20,00	376,10
76686437	06/10/2022	Payé en : 57 jours		LAKHRIF KHADIJA	470,70	221,10	20,00	241,10
76686395	06/10/2022	Payé en : 57 jours		LAKHRIF KHADIJA	300,00	135,00	0,00	135,00
3	-	15/11/2022	Virement	-	5 403,92	3 894,20	274,45	4 168,65
1	-	11/08/2022	Virement	-	1 834,31	1 679,80	29,25	1 709,05
1	-	29/07/2022	Virement	-	556,10	120,00	5,00	125,00
1	-	03/06/2022	Virement	-	2 000,60	787,04	152,45	939,49
1	-	02/06/2022	Virement	-	1 685,40	198,00	13,20	211,20
1	-	12/05/2022	Virement	-	193,60	135,52	30,98	166,50
1	-	23/04/2022	Virement	-	1 834,31	1 678,80	29,00	1 707,80

## 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 - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر
- تصحيح البصر ميك



03/10/2022

1s

Casablanca, le :  
LAKHRIF Khadija

33,60 - ARES 250 cpmés Maeli: 2011 106400

1 comprimé, le matin et soir, pendant 5 jours

30,30 - ICOMB COLLYRE

1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 1 mois

15,90 - CILOXAN COLLYRE (Ciprofloxacin) 0,3%

1 goutte, 5 fois par jour, dans l'oeil droit, pendant 8 jours

30,90 - PHYSER Solut° isotonique de NaCl

1 toilette oculaire, à la demande,

30,00 - COMPRESSES STERILES 5cm x 5cm

1 application, matin et soir,

T = 170,70

Abdelmoumen Center,  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211  
Tramway station Abdelmoumen  
Tél : 05 22 86 14 18  
GSM : 06 44 05 49 05  
E-mail : adilwahidy28@gmail.com

DR. ADIL WAHIDY  
Ophtalmologiste  
Abdelmoumen Center  
Angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen  
2ème étage N°211 Casablanca  
Tél : 05 22 86 14 18 - GSM : 06 44 05 49 05

مجمع عبد المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com



6 118001 070176  
CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sothemia  
PPV : 45,90 DHS

remboursable AMO  
406434

أيكومب  
Icomb®

Lot:

Fab: 1 L 005 4

Exp: 10 21  
10 23

PPV: 30 DH 30

**ARES® 250mg**  
Ciprofloxacin

10 Comprimés pelliculés



6 118000 340072



6 118001 040414

**ISOPHARM**  
**PHYSER**  
Sérum  
physiologique  
30.90 dhs



6 118002 140014

**Sterisoïn®**

**COMPRESSES OCULAIRES**  
**ADHÉSIVES - ADULTE**



6 118002 100094

## 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 - مساك الدموع
- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكية - الليزر
- تصحيح البصر لايترك

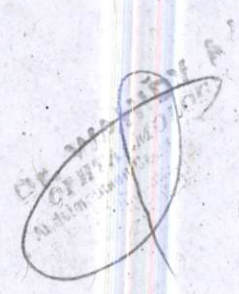
Casablanca, le :

03/10/2022

LAKHRIF Khadija

FACTURE POUR ECHOGRAPHIE CORNEENE

300.00 DH



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

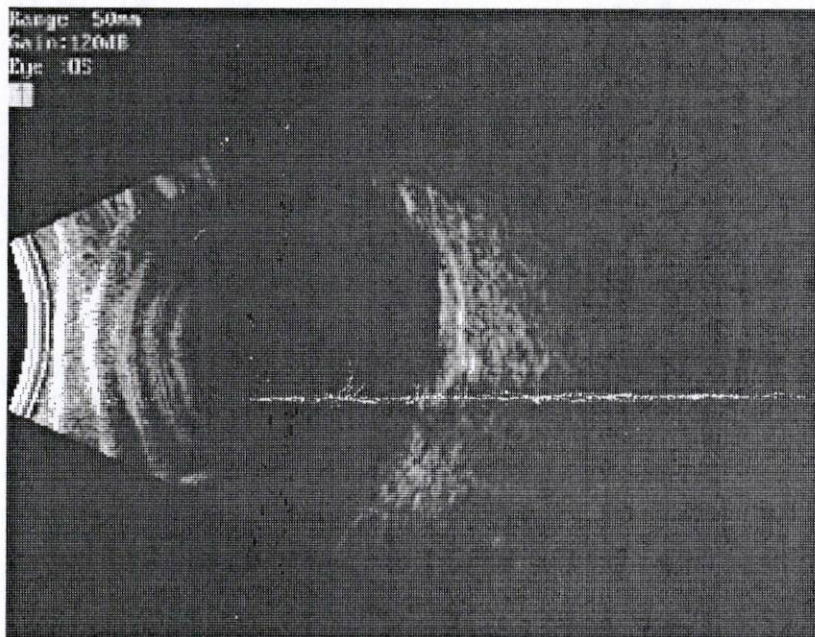
مجمع عبد المومن.  
زاوية شارع أنوال و شارع عبد المومن الطابق الثاني الرقم 211  
محطة الطرامواي عبد المومن  
الهاتف : 08 08 38 51 88 / 05 22 86 14 18  
الهاتف المحمول : 06 44 05 49 05  
البريد الإلكتروني : adilwahidy28@gmail.com

# Ophthalmic Ultrasound Report

Name : LAKHRIF KHADIJA  
 Eyesight(OS) :  
 Age :  
 Address :  
 Operator: DR WAHIDI ADIL

I D : 69114201  
 Eyesight(OD) :  
 Sex : Female

Date/Time : 2069-11-42 07:78



## IOL Calc.

OS

A L = 00.00 D R = -1.00  
 K 1 = 43.00 K 2 = 43.00  
 A 1 = 118.00 A 2 = 118.40

OD

A L = 21.87 D R = -1.00  
 K 1 = 45.25 K 2 = 44.75  
 A 1 = 118.00 A 2 = 118.40

SRK-II		SRK-II	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
---	-0.16	---	00.16
---	-0.56	---	-0.24
---	-0.96	---	-0.64
---	-1.00*	---	-1.00*
---	-1.36	---	-1.04
---	-1.76	---	-1.44
---	-2.16	---	-1.84

HOLLADAY		HOLLADAY	
IOL (D)	REF (D)	IOL (D)	REF (D)
24.00	-0.05	24.50	-0.03
24.50	-0.41	25.00	-0.38
25.00	-0.78	25.50	-0.74
25.30*	-1.00*	25.85*	-1.00*
25.50	-1.15	26.00	-1.11
26.00	-1.52	26.50	-1.47
26.50	-1.90	27.00	-1.85

E M = --- E M = ---  
 SPEC = 50.30

E M = 23.93 E M = 24.46  
 SPEC = 12.82

Comments :

Dr. Wahidi Adil  
 Ophthalmologist  
 Abdelhakmen Center  
 Angle Bd. Abdelhakmen  
 Zama Elage N°214 Casablanca  
 2069-11-42 07:78