

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° W19-582203

COMPÉTENT

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société	
Matricule : 2161		Autre : ROYAL AIR MAROC RETRAITE	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Nom & Prénom : AOUAD NASSIR	
Date de naissance : 13/01/1953		Adresse : Tadithell	
Tél. : 0661411911		Total des frais engagés : 78396,50 Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 24/01/2023	
Nom et prénom du malade : AOUAD NASSIR	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 01/01/2023

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 : <input type="text"/>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF				
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Nature des Soins (Leave blank for O.D.F. Prostheses)	Coefficient (Leave blank for O.D.F. Prostheses)
				INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Début d'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Fin d'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> G <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> 00000000 00000000 35533411 11433553 B <input style="width: 10px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>		
		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
				Coefficient des Travaux <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Montants des Soins <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Date du Devis <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
				Date de l'Execution <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée



رقم الهاتف (اختياري): 0661210756

خاص بالمؤمن (ة)

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 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 Khalil, B.P 209- Rabat.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : _____

تاريخ الإيداع :

تعليمات يد بـ اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنين الحصولين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتباعدة على عاتقهم ETM والتي تشهد باصابة المستفيد بمرض مزمن او طول الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة او طولية الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتباعدة ETM بملف المرض.

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقى مهنيي الصحة وتوقيعهم وخطتهم 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 الموالين 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 المتفوقة بغير حق دون الاحتفاظ بمتقدرات المتصحص عنها في الشئون الجنائية، من من بيت في حقه غشن 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 المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقةتعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

N° du Tél (optionnel): 0661210756

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي والشخصي : LAKH RIF KHADJJA

رقم الاتخاط : 13551121

N° Affiliation :

رقم التسجيل : 1942190181139

N° Immatriculation :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 131-2053111

N° CIN :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان : RUE D'ENNE ABDELMAHOUEN 14412 NI 11

BB B12 ANZARANE BERS CHAOUF CASABLANCA

الجمالي المصاري (بالدرهم) : 239650

عدد الوثائق المرفقة : 04

Déclaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins

المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي :

تاريخ الازدياد :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

الجنس* :

Date de naissance :

11/11/11

N° CIN :

11/11/11

Sexe* :

MASCULIN ذكر Féminin أنثى

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

0945817275

نوع العلاجات

قبول المرض المزمن :

oui non

رقم ملف المرض المزمن :

11/11/11

رقم المرض المزمن :

11/11/11

تم تقديم الظرف المغلق :

oui non

تارikh الاستشاف :

11/11/11

Fait à : Casablanca

Le : 15/11/2018

في : 15/11/2018

أشهد بصحة

كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur

l'exactitude des renseignements

portés ci-dessus.

Signature de l'assuré (e)

Y

حرر بـ : في :

Le : 18/11/2018

في :

أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وتأليف الطبيب المعالج

أو المؤسسة المعنية

Orthopédie

Bureau B, N° 258, Rue Mustapha El

Mansour - Casablanca

Signature et signature du Médecin traitant

ou de l'établissement de soins

Signature et signature de l'agent

ou de l'établissement de soins

ضد علامة في الخانة المناسبة

* Cochez la mention utile pour chaque case

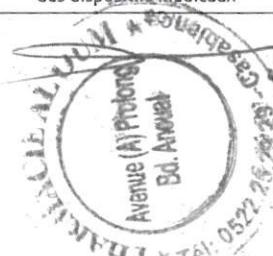
La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعًا كليًا بيع هذا المطبوع

CIM - 10

فرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ "التنفيذ" Date d'exécution	"شن" "بشتور" Prix facturé	تحققه مطابعه الصيدل، او محمد التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/07/22	296,52	
	092008564	
	INP: [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] []	
	INP: [] [] [] [] [] [] []	

INP:

INP:

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوت Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
19/10/2023 au 14/11/2023	12x150,00 semaine du 21/10/2023			1800,00 Dh	Lamia MOUNSIF Kinéthérapeute - Physiothérapeute 82, Bd Abdelmoumen - Résidence Mawlid Tél : 05 22 23 77 78
		INP : 10650383518			
		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 :

77443319

Date et heure : 15/11/2022 08:48

Nom et prénom Assuré :

LAKHRIF KHADIJA

Immatriculation :

94908139 / 500328123

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

LAKHRIF KHADIJA

/ 01

Type de dossier :

DOSSIERS SOUMIS AU CM

Lieu de réception :

CASA SIEGE 90140

Valeur en Dirhams :

2 396,50

Nombre de pièces : 4

Code Etablissement :

RIVAN RABAT MOULAY HASSAN

Agent de réception : 9MGE161

assure app | CNOPS

https://www.cnops.org.ma/assure_app?lang=fr_FR

Boîte de réception - a... Extreme Down | Télé... Mutuelle de Prévoyan... Accueil | CNOPS BMCI Connect | Servic... Zone Téléchargement ... Autoroute du Maroc : ... Autres marque-pages

Accueil > Application > assure app

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu

Royaume du Maroc CNOPS Le confortable c'est bien pour le 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 EN COURS DE TRAITEMENT 3 PAYE

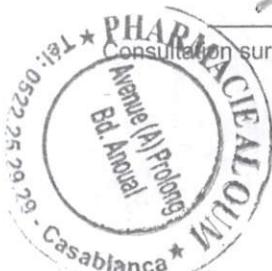
Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
- 1	-	19/01/2023	Virement	-	2 396,50	684,55	98,04	782,59
77443319	15/11/2022	Payé en : 65 jours		LAKHRIF KHADIJA	2 396,50	684,55	98,04	782,59
1	-	05/01/2023	Virement	-	3 750,00	1 320,00	5,00	1 325,00
2	-	02/12/2022	Virement	-	770,70	356,10	20,00	376,10
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

17:35 17°C Très ensoleillé 20/01/2023

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie
Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie P32
du Centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca



Casablanca le

الموعد
الدار البيضاء في ١٨/١٥/٢٠٢٣

الدكتور عيد الكريم العرثاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل

رئيس ساقية لقسم جراحة العظام والمفاصل

بالمستشفى الجامعي

ابن رشيد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

McLAKER (Madye)

9 Difrostine 56/67x3
is Ray
03 injechui

01 May 2014 / 03 hours

31.07.13
Dolhau (CD)
S

Diprostène®

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NR0
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >

Diprostène®

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NR0
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >

Diprostène®

Distribué par MSD Maroc
AMM 74/19 DMP/21/NR0
P.P.V: 56.60 DH



6 118001 150137 >

DOLTRAM® 37,5mg/325mg

Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



P.P.V 36 DH 00
PER 06/25
LOT L1957

DOLTRAM® 37,5mg/325mg

Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



P.P.V 36 DH 00
PER 06/25
LOT L1957

DOLTRAM® 37,5mg/325mg

Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



P.P.V 36 DH 00
PER 06/25
LOT L1957

ANXIOL® 6 mg

30 comprimés quadrisécables



6 118000 081111

Professeur Abdelkrim LARGAB

Professeur de Traumatologie Orthopédie
Ancien Chef du Service de
Traumatologie et Orthopédie P32
du Centre Hospitalo-Universitaire
Ibn Rochd de Casablanca

Consultation sur rendez-vous

Casablanca le 10/10/14



الدكتور عبد الكريم العرڭاب

أستاذ جراحة العظام والمفاصل
رئيس سابق لقسم جراحة العظام والمفاصل
بالمستشفى الجامعي
ابن رشد بالدار البيضاء

الفحص بالموعد

الدار البيضاء في

Mel Akher et khodij

Zaerbalfe. Amay

Cerifay

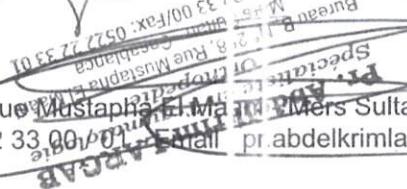
Tessuhi alay

Bahoui Al kamy

de Néel deelam du Qalé
et de l'oued: 36000/

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Ma

Tél. 05 22 22 33 00 - Email: pr.abdelkrimlargab@gmail.com



Lamia MOUNSIF
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
Diplômée De la Haute Ecole De Kinésithérapie
Ancienne kiné du centre hôpitalier Noor
de rééducation et de réadaptation



لمياء منصف
مروضة طبية - معالجة كهربائية
دبلوم المدرسة العليا للترويض الطبي
مروضة سابقة بمركز النور
للترويض والتأهيل

Sur Rendez-vous - Soins à Domicile - **بالموعد**
Casablanca, le 14/11/2022

Note D'HONORAIRES

La somme de : Quatre mille huit cent dirhams
pour une série de douze séances de
Rééducation fonctionnelle
Pour lombalgie chronique
et cervicalgie

Adressée à Dme Lakhdar Khadija
Durant la période du 19/10/2022 au 14/11/2022
Sur Ordonnance du Docteur : DR GAB

TCE = 000417929000024

Lamia MOUNSIF
Kinésithérapeute - Physiothérapeute
82, Bd. Abdelmoumen - Résidence Mawlid 1
Tél : 05 22 23 77 78

شارع عبد المؤمن زاوية أنوال، إقامة المولى IV الطابق الرابع مكتب رقم A43. الدار البيضاء
82 Bd Abdelmoumen Angle Anwal, Résidence Al Mawlid IV 4^{ème} étage Bur A43. CASABLANCA
Tél : 05 22 23 77 78 E-mail : lamia.kine@gmail.com

Patente N° : 34790959 IF : 40191372