

## 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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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° W19-582203

COMPTE RENDU

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETAIRE  
 Nom & Prénom : AOUAD NAJIS  
 Date de naissance : 13/07/1953  
 Adresse : Ha dituelle  
 Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 78396,50 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/01/2023  
 Nom et prénom du malade : L. KIM F. HADJIA  
 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 : 21/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

[illegible][illegible]

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

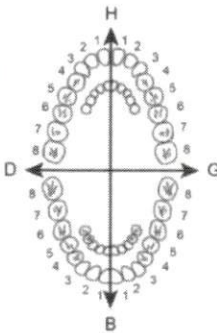
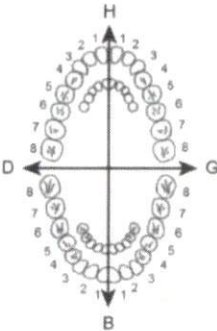
[illegible]

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

Veuillez 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"/>												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	(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

**Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.**

INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



## 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 Khalil, 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، وإلا 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 التعريف 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 وإبراج المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالمسؤوليات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من يثبت 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 أسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرياض.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

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): 0661 21 07 56 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي : LAKHRIF KHADIZA

رقم الانخراط : 355171

رقم التسجيل : 1912191081139

رقم بطاقة التعريف الوطنية : 131-2053114

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن(ة) : ابن ☐ زوج ☐ Conjoint ☐ Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

العنوان : RESIDENCE ABDELMOUMEN 14112 RT 11 BD BIR ANZARANE DELS MARJEF CAMBIAU 4

إجمالي المصاريف (بالدرهم) : 2396 50

عدد الوثائق المرفقة : 7047

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات

بénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي : Nom et prénom :

تاريخ الميلاد : Date de naissance :

رقم بطاقة التعريف الوطنية : N° CIN :

الجنس : \* : Masculin ☐ ذكر Féminin ☐ أنثى Sexe\* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة و مؤسسات العلاج : 092487275 N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

نوع العلاجات : Type de soins

قبول المرض المزمن : Admission ALD\* : oui ☐ non ☐

رقم ملف المرض المزمن : N° dossier ALD\* :

رقم المرض المزمن : Code ALD :

تم تقديم الظرف المغلق : Soins ambulatoires\* : ☒ علاجات خارجية \* ☐ Pli confidentiel remis\* : oui ☐ non ☐

تاريخ الاستشفاء : Hospitalisation\* : ☐ استشفاء \* ☐ Date d'hospitalisation :

حرر ب : Fait à :

في : Le :

أشهر بصحة : Je déclare sous serment que les informations ci-dessus sont sincères et véritables.

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج : Signature du médecin traitant

أو المؤسسة الصحية : ou de l'établissement de soins

بureau B, N° 258, Rue Mustapha El-Mechaieq - Casablanca

تاريخ الإيداع :

المنع مطلقا بيع هذا المطبوع : La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* ضع علامة في الخانة المناسبة : \* Cocher la mention utile pour chaque case




### وصف العمليات المجراة

[illegible]

CIM - 10

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المقتورة Prix facturé	تعقيم مطايع الصيدلي أو ممن التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
18/07/22	296,50	
	INP: 092008564	
	INP:	
	INP:	

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

## عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معاميل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
19/10/2024 أه 14/11/2022	12x150, <sup>00</sup> سعودي de Live			1800,00dh	<div>Lamia MOUNSIF</div> <div>Kinésithérapeute - Physiothérapeute</div> <div>82, Bd Abdelmoumen - Résidence Mawlid IV</div> <div>Tél : 05 22 23 7778</div>
INP : 10651931813518					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					
INP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]					

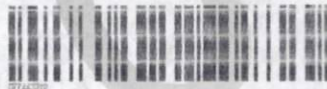


1.0.6.0

Date d'édition : 15/11/2022 08:49:04

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 :

Agent de réception :

9MGE161

ROYAUME DU MAROC - CASABLANCA

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation 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)

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

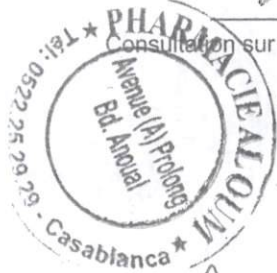


**Professeur Abdelkrim LARGAB**

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

**الدكتور عيـد الكـريـم العـرـكـاب**

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



Consultation sur rendez-vous

Casablanca le 18/10/22 في الدار البيضاء

M. EL AKHREK Khadija

56,60 x 3  
4 Diprostene 15 mg  
03 injections

01 mg IM / 03 jours

Dolhane 30,00 x 3

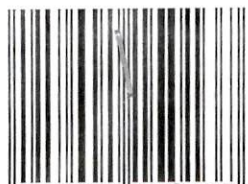
13954  
18/10/22

Amel  
Bureau B, N° 238 - Rue Mustapha El Maani - Mars Sultan - 20130 Casablanca  
Tel: 05 22 22 33 00 / 01 - Email: pr.abdelkrimlargab@gmail.com

36,70 x 2  
0180  
le 18/10/22  
f = 296,50

**Diprostène®**

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



6 118001 150137 >

**Diprostène®**

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



6 118001 150137 >

**Diprostène®**

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



6 118001 150137 >

**DOLTRAM®** 37,5mg/325mg  
Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 041559

PPV 30DH00  
PER 06/25  
LOT L1957

**DOLTRAM®** 37,5mg/325mg  
Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 041559

PPV 30DH00  
PER 06/25  
LOT L1957

**DOLTRAM®** 37,5mg/325mg  
Tramadol/Paracétamol

20 comprimés pelliculés



6 118000 041559

PPV 30DH00  
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 17/10/11

**الدكتور عبد الكريم العرڭاب**

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

الفحص بالموعد

M. Akkari Khadija

Zaidulphre. Khary

Cemilphre

Toufik Al gharbi

Pratiquer 12 heures

de 12 heures de 12 heures  
et de 12 heures de 12 heures

Bureau B, N° 258, rue Mustapha El Moudjahid - 20130 Casablanca  
Tél. 05 22 22 33 00 / Fax 05 22 22 33 01  
pr.abdelkrimlargab@gmail.com

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



لمياء منصيف  
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 : Neuf cent dix-huit  
pour une série de douze séances de  
Rééducation fonctionnelle  
pour lombalgie chronique  
et cervicologie

Adressée à Mme Lakhzif Khadija  
Durant la période du 19/10/2022 au 14/11/2022  
Sur Ordonnance du Docteur : LARGAB

TCE = 000417929000024

**Lamia MOUNSIF**  
Kinésithérapeute - Physiothérapeute  
82, Bd. Abdelmoumen - Résidence Mawlid  
Tél : 05 22 26 77 78

82, شارع عبد المومن زاوية أنوال إقامة الم ولد IV الطابق الرابع مكتب رقم A43. الدار البيضاء  
82 Bd Abdelmoumen Angle Anwal, Résidence Al Mawlid IV 4<sup>ème</sup> étage Bur A43. CASABLANCA  
Tél : 05 22 23 77 78 E-mail : lamia.kine@gmail.com  
Patente N° : 34790959 IF : 40191372