

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 canaux, 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 canaux.

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° W19-582263

COMPLEMENT

138010

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2161 Société : ROYAL AIR MAROC
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : RETRAITE
 Nom & Prénom : AOUAD NAB
 Date de naissance : 13/04/1953
 Adresse : Habitude
 Tél. : 0661411411 Total des frais engagés : 7505317 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /
 Nom et prénom du malade : LAKHRIE KHADISA 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 : 11/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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 مريض 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 وأمنيتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماهدية التي تختصم 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.

الآخطار 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.

Cochet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التماهدية

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.02.01
مراجع رقم

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

الاسم العائلي والشخصي : LAEHRIF KHADJA
رقم الانخراط : 13551211
رقم التسجيل : 194219084139
رقم بطاقة التعريف الوطنية : 151805131111
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :
Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن
العنوان : RESIDENCE ABDELKOURER 1112 BOX M
B.P. ANZANANE DES MAJES CARABLANIA
Montant des frais (Dhs) : 50531 000
عدد الوثائق المرفقة : 65

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins
الاسم العائلي والشخصي : LAICHRICHADJ
تاريخ الأزيداد :
Date de naissance :
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
N° CIN :
الجنس :
Sexe : M ☐ ذكر ☐ أنثى ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

الرقم الوطني الاستدلالي للممارسين : 0911915477
نوع العلاجات
N° INP :
Type de soins :
Admission ALD* : Oui ☐ Non ☐
رقم ملف المرض المزمن :
N° dossier ALD* :
رقم المرض المزمن :
Code ALD :
تم تقديم الظرف المغلق : Oui ☐ Non ☐
تاريخ الاستشفاء :
Hospitalisation* :
Date d'hospitalisation :
Soins ambulatoires* :
Eلاجات خارجية* :
Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le : 12/11/2012
توقيع المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré(e)

أصريح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à :
le : 12/11/2012
توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins

* RFP : Identification Nationale du Praticien
** Cocher la mention s'il y a pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

092008564

ΔΗ/59 ✓

تفصيل الأدوية والمواد الطبية المستخدمة في العلاج

الرقم Date des actes	الرمز Code des actes	النوع Cotation NCAP	القيمة Valeur Cld	المبلغ Montant facture	التوقيع Signature et Cachet du Médecin traitant
09/09/2023	Cls			852,80	

Chiffre Jules	Jules kg	Montant facture	Signature et Cachet du Médico vétérinaire
Lettre clie +	Valeur Clé		
operation NCAP			

ספר חסידים

אשר יצאנו ממצרים ונעלה אל הרי סיני

8.5/4582 INF: 08250 455

08/09/88	\$60		08/5/88
Dates des actes	Cote des actes	Loterie cte + Cotation NGAP	Montant facturé
تاریخ الحركات	رقم الحركات	القيمة المضافة والتسعير	المبلغ الفاتورة
		البيان	البيان

[illegible]



Date d'édition : 29/09/2022 12:28:04

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

Accusé de Réception



N° de Dossier : 76552754 Date et heure : 29/09/2022 12:27
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 90141
Valeur en Dirhams : 505,31 Nombre de pièces : 5
Code Etablissement : Agent de réception : 9MGE188
Nom Etablissement :

Docteur Adil WAHIDY

Ophtalmologiste

- Chirurgie de la cataracte (phako)
- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales
- Angio laser - Correction optique (LASIK)



الدكتور عادل وحيد

اختصاصي في طب و جراحة العيون

- جراحة الجلالة - الحون - مساك الدموع

- داء الزرق - تصوير أوعية الشبكة - الليزر

- تصحيح البصر لايترك

22/09/2022

Casablanca, le :

LAKHRIF

Khadija

- OPTIPRED COLLYRE fl

23/40

1 goutte, 3 fois par jour, dans les deux yeux, pendant 15 jours

- MIXtears COLLYRE

14/100

1 goutte, 3 fois par jour en moyenne, et à la demande en cas de gêne, ou avant toute fixation visuelle prolongée, PDT 3 mois

J= 163/40



أوتيبيرد
Optipred
Lot: 118001 040643
Fab: 08 21
Exp: 08 23
ppv: 23 DH 40

Dr. Adil WAHIDY
Ophtalmologiste
Abdelmoumen Center
Angle Bd. Anoual et Bd. Abdelmoumen
2ème étage de 241 Casablanca
Tél: +212 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88 / 06 44 05 49 05

PPC : 140DH00

LOT H00122
2025/02

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

المومن الطابق الثاني الرقم 211

08 08 38 51 88 / 0

06 44

adilwahidy28@gmail





- Chirurgie de la cataracte (phako)

- Strabisme - Glaucome - voies lacrymales

- Angio laser - Correction optique (LASIK)

Casablanca, le :

22/09/2022

LAKHRIF Khadija

Laboratoire GENELAB
M. Oum Rabiaa
M. BENAZZOUZ
N° 22 99 10 64 41 - Fax : 0522 99 10
Palatine : 3505 078
11000 mcs

GLYCEMIE A JEUN

- CREATINEMIE

Laboratoire GENELAB "Oum Rabii"

260922-067



LAKHRIF KHADIJA EP AOUAD
D.N : 06/21/1956

Dr. Adil Wahidy
Ophthalmologist
Abdelmoumen Center
211 Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211
Casablanca
Tél : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88
Fax : 05 22 99 10 64
GSM : 06 44 05 49 05

Abdelmoumen Center,

angle Bd Anoual et Bd Abdelmoumen 2ème étage N°211

tramway station Abdelmoumen

tel : 05 22 86 14 18 / 08 08 38 51 88

SM : 06 44 05 49 05

-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

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 ENREGISTRE 2 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
3	-	15/11/2022	Virement	-	5 403,92	3 894,20	274,45	4 168,65
76165316	09/09/2022	Payé en : 67 jours		LAKHRIF KHADIJA	1 834,31	1 678,80	29,00	1 707,80
76165344	09/09/2022	Payé en : 67 jours		LAKHRIF KHADIJA	3 064,30	2 033,60	225,00	2 258,60
76552754	29/09/2022	Payé en : 47 jours		LAKHRIF KHADIJA	505,31	181,80	20,45	202,25
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
		03/06/2022	Virement	-	2 000,60	787,04	152,45	939,49



N°: MCI/CAAA 04/2019
NM ISO 15 189

مختبر التحليلات الطبية جينالاب "أم الربيع" Laboratoire de biologie médicale Génelab "Oum Rabiaâ"

Dr. Mohamed BENAZZOUZ
Pharmacien Biologiste

الدكتور بنعزوز محمد
صيدلي إحيائي



Laboratoire certifié par
IMANOR
CERTIFICATION
N° 2017 CSMQ.04 : 01
NM ISO 9001 : 2015

Compte rendu d'analyses

Demandé par Dr : WAHIDY ADIL

ABDELMOUMEN CENTER, Angle bd anoual et bd abdelmoumen 2ème
étage N°211

Tél: 0522861418 Fax:

Casablanca

Edité le : 26/09/2022



Mme LAKHRIF KHADIJA EPAOUAD

Date naissance: 21/06/1956

INPE GENELAB : 093001394

INPE Bio : 097163968

Code Patient : 12-05357

IF : 51485800

Réf: 260922-067



Dossier créé le : 26/09/2022

Heure création: 11:07

Patient prélevé le : 26/09/2022

Heure Plvt : 11:08

Page : 1/2

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

GLYCEMIE

(Beckman Coulter AU480 / Paramètre Accrédité (depuis 24/01/2022))

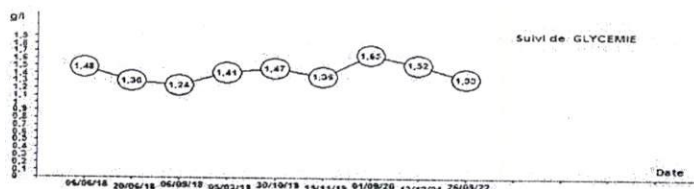
: 1,33 g/l
7,38 mmol/l

Valeurs Usuelles

Antériorité

Les valeurs normales chez :

- Une femme **Non enceinte** sont de 0.74 à 1.06 g/l soit 4.1 à 5.9 mmol/l
- Une femme **Enceinte** sont de ≤ 0.92 g/l soit 5.12 mmol/l



1,52 (13/12/21)
1,65 (01/09/20)
1,36 (15/11/19)
1,47 (30/10/19)
1,41 (05/03/19)
1,24 (06/09/18)
1,30 (20/06/18)
1,48 (06/06/18)

Laboratoire Génelab
M. Oum Rabiaâ
Ras Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca
Tél: 05 22 93 10 61 / 05 22 93 10 60
Fax: 05 22 93 10 61 / 05 22 93 10 60
ICE: 001084109000068

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - FERTILITE

شارع أم الربيع - الالفة - (أمام مقر الخطوط الملكية المغربية) - إقامة أبواب أم الربيع - عمارة "س" - الدار البيضاء

Bd. Oum Rabiaâ - El Oulfa - (en face siège R.A.M) - Résidence Abouab Oum Rabiaâ, Imm. "C" - Casablanca

INPE : 097163968 - ICE : 001084109000068 - ت.م. - Patente : 35051078 - الباندا : 35051078 - الفاكس : 05 22 93 10 61

E-mail : genelab2@gmail.com - Tél. : 0522 93 10 60 / 61 / 0522 90 59 37 / 0661 76 30 68 - الهاتف : GSM Whatsapp : 06 76 84 52 02 - Site web : www.LbmgeneLab.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES GENELAB "Oum Rabiaâ"

Docteur Mohamed BENAZZOUZ

Pharmacien Biologiste

Téléphone : 05 22 93 10 60/0522905937/ Fax : 05 22 93 10 61

Mobile bureau : 0661763068/Watsapp 0676845202

Bd.Oum Rabiaâ EL Oulfa (En face siège R.A.M)- Rce Abouab Oum Rabiaâ, Imm "C" - Casablanca,
genelab2@gmail.com

ICE:001084109000068 - Patente : 35051078 - INPE_bio : 097163968 - INPE_labo : 093001394- IF : 51485800

FACTURE

Casablanca , le 26/09/2022

Facture N° 260922-067 du 26/09/2022

Dr : WAHIDY ADIL

Patient Mme LAKHRIF KHADIJA EP AOUAD

Analyses	Valeur en B	Montant
GLYCEMIE	30	40,20
CREATININE FEMME	30	40,20
Total B	60	80,40
APB	1,0	11,51
Total		91,91

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre-vingt-et-onze dirhams 91 centimes

*Laboratoire Genelab
Oum Rabiaâ
M. BENAZZOUZ
Abouab Oum Rabiaâ EL Oulfa - Casablanca
Téléphone : 05 22 93 10 60 / 05 22 93 10 61
Patente : 35051078*