

## 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° W19-423933

complément

ND: 31641

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7469**

Société :

**RAM**

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

**GUEHOUPI Amina**

Date de naissance :

**19/11/1959**

Adresse :

**46 Le Tessentul Lamineur -  
Casab**

Tél. :

**0661656039** Total des frais engagés : **2100** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_ 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 : **Casab**

Le : **6/17/20**

Signature de l'adhérent(e) :



Naturellement mutualiste

EL ARCHI AHMED

LOT LAIMOUN 1 VILLA N°46 QUARTIER L  
'AVIATION  
CASABLANCA



MDP

9142

**Objet : Remboursement des frais médicaux ( 03/2020 ).**

J'ai l'honneur de vous informer que la MODEP a opéré un remboursement de vos dossiers-maladie en procédant à :

- ◆ Un virement bancaire sur votre RIB n : 230780737236021310430020

Le détail de ce remboursement est donné ci-après :

N° Reçu	Date dépôt	Frais engagés	Libelle acte	Montant	Remboursement	Total remboursé (Par dossier)
60424845	12/02/2020	2100	CONSULTATION SPECIALISTE	300	200	1700
			AMM 2MBR LYMPHOEDEM VRAI	1800	1500	

Salutation mutualistes

Pour plus d'information, contactez le centre d'appel Allo-MODEP 05 22 400 777.

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE  
 RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE  
 CURIOTHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية  
 العلاج الإشعاعي الباطني و الفياض - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني - الإستشفاء

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE ... ١٥/٥/٢٠٢٣



090001405

Dr M. EL MORCHID  
 Radio - Oncologue  
 INP : 091058651  
 Centre Al Kindy - Casablanca

Cr Medical

Dr El Anchi Ahmed

Dc- Melodie De Hoogken

ant. abes pathiq inguinal &  
 drate volumineuse  $\Rightarrow$  lymphose  
 +++ du NI droit - persistant  
 apq RT / chimio - radiothérapie

CAT : Drainage lymphatique

Dr M. EL MORCHID  
 Radio - Oncologue  
 INP : 091058651  
 Centre Al Kindy - Casablanca

Dr M. EL MORCHID  
 Radio - Oncologue  
 INP : 091058651  
 Centre Al Kindy - Casablanca



**Manal ZEJLI**

*Kinésithérapeute et  
Physiothérapeute*

**صال الزجلي**

*أخصائية في الترويض الطبي  
و العلاج الفيزيائي*

Casablanca le: 18/12/19

## **Calendrier des Séances M. El Archi Ahmed.**

- 1<sup>ère</sup> Séance → Le 04/11/2019 .
- 2<sup>e</sup> Séance → Le 05/11/2019 .
- 3<sup>e</sup> Séance → Le 08/11/2019 .
- 4<sup>e</sup> Séance → Le 18/11/2019 .
- 5<sup>e</sup> Séance → Le 20/11/2019 .
- 6<sup>e</sup> Séance → Le 22/11/2019 .
- 7<sup>e</sup> Séance → Le 25/11/2019 .
- 8<sup>e</sup> Séance → Le 27/11/2019 .
- 9<sup>e</sup> Séance → Le 29/11/2019 .
- 10<sup>e</sup> Séance → Le 02/12/2019 .
- 11<sup>e</sup> Séance → Le 04/12/2019 .
- 12<sup>e</sup> Séance → Le 09/12/2019 .
- 13<sup>e</sup> Séance → Le 11/12/2019 .
- 14<sup>e</sup> Séance → Le 13/12/2019 .
- 15<sup>e</sup> Séance → Le 18/12/2019 .

*Centre de Kinésithérapie Essalam  
Manal ZEJLI  
Résidences Arreda, GH6 Imm. A35, Appt. N°1 - Hay El Oulfa - Casablanca. - Tél.: 022.91.57.71 - GSM : 070.99.68.97  
E-mail : k.zejlimanal@gmail.com*

**Centre de Kinésithérapie  
Essalam**



**مركز الترويض الطبي  
السلام**

**Manal ZEJLI**  
*Kinésithérapeute et  
Physiothérapeute*

**منال الزجلي**

**أخصائية في الترويض الطبي  
والعلاج الفيزيائي**

Casablanca le: 18/12/19

**Facture**

La somme de # 1 800,00 DH # (Mille huit cent Dirhams)  
pour une série de 15 séances de drainage lymphatique.  
des membres Inf.

Adressée à N. El Archi Ahmed.

Durant la période du 04/11/2019 au 18/12/2019.  
Sur ordonnance du Docteur N. El Monchid.

*Centre de Kinéithérapie Essalam  
Manal ZEJLI  
Résidence Arreda GH6 Imm. A35  
Hay El Oulfa - Casablanca  
Tél: 0522 915771*

*ICG*

# مركز العلاج الكثدي CENTRE DE TRAITEMENT AL KINDY

Oncologie & Diagnostic du Maroc

RADIOOTHERAPIE PAR VMAT (IMRT - IGRT - ARCTHERAPIE) - RADIOCHIRURGIE

RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN MIROIRS - SCANNER BIG BORE - RADIOTHERAPIE METABOLIQUE

CURIETHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIOTHÉRAPIE - CHIOTHÉRAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - المعاينة الإشعاعية  
العلاج الإشعاعي الباطني و الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي الباطني الإستشفاء

INPE 109

Dr M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

CASABLANCA, LE...

30/10/19



090001405

Dr EL ARCHI Ahmed

15 sessions de traînage  
lymphostique →  
membres inférieurs

Dr M. EL MORCHID  
Radio - Oncologue  
INP : 091058651  
Centre Al Kindy - Casablanca

www.centrealkindy.ma | E-mail : alkindy.oncologie@centrealkindy.ma | Patente : 35806396 | I.F : 01002283 | CNSS : 2026913 | ICE : 000 205 043 0000 17

Siège Social : 2 et 4, Rue Youssef Al Kindy - Bd. Ibn Sina - Casablanca Maârif - Maroc 20370 المقر الرئيسي<sup>2</sup> و 4، زنقة يوسف الكندي، شارع بن سينا، الدار البيضاء مغارف، المغرب

Accueil Général : +212 520 48 72 00 /01

: +212 522 39 33 33

Fax : +212 522 39 37 34

Secrétariat Radiothérapie : +212 520 48 72 02

Secrétariat Consultation Médicale : +212 520 48 72 03

Service Prise en charge et Devis : +212 520 48 72 04

Service Facturation : +212 520 48 72 07

Service Caisse : +212 520 48 72 09

Service Pharmacie : +212 520 48 72 20

### **description des actes effectiés**

وصف العمليات المجرات

جرد الوصغات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	الثمن المغفور Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
		INP :
		INP :
		INP :

**Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie**

#### **٤- عمليات الاحياء، الاشعة و الصو**

نوع و ملخص طبیب الأنشطة أو الإيجابي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	المبلغ المفoter Montant facture	قيمة المعامل Valeur Cle	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	رمز العمليات Code des actes	تاريخ العمليات Dates des actes
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					
INP : [REDACTED]					

#### **Actes Paramédicaux**

عمليات المساعدین الطبیین

## Instructions à suivre

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.

Cachet et signature de la mutuelle	
06 61 91 57 02	
Signature et Type de soins	
Identification de l'agent : _____	
Date de dépôt du dossier : _____	
Téléphone : _____	

## تعميمات يجب اتباعها

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المشتراء وأئمتتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التماضدية التي تنتهي إلية في ظرف شهرين من تاريخ أول عملية طبية، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحال، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوماً) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض المبالغ المصاروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقاً للمساطر القانونية.

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن بالاحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.



N° Borderéau : .....

## Feuille de soins Maladie

N° Dossier : .....

خاص بالمؤمن له (لها)

الإسم العائلي والشخصي :

رقم الانخراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

العنوان :

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : EL ARLACHI Ahmed

397010

731 397010

B22239 —

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)\*

Conjoint زوج Enfant ابن

Adresse : lotissement LAIMOUNE 1, lot N° 46  
CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 2 100,00 DHS

Nombre de pièces jointes : 3 (Trois)

## Déclaration du médecin traitant

### Bénéficiaire de soins :

Nom et prénom : EL ARLACHI Ahmed

17/05/1955

B22239 —

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe\* :

## Identification du médecin traitant

N° INP

### Type de soins

Maladie \* مرض \*

Maternité \* أمومة \*

Hospitalisation \* استشفاء \*

Accident \* حادث \*

Pli confidentiel remis\* : Oui Non

Date de grossesse :

Date prévue d'accouchement :

Date d'hospitalisation :

Date d'accident :

Causes :

أشهر بصفحة كل ما ذكر أعلاه.  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.

Fait à : CASABLANCA

le : 25/04/2015

في :

توقيع المؤمن له (لها)

Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه.  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : CASABLANCA

le : 29/04/2015

في :

توقيع و طابع الطبيب المعالج (الدكتور) العيادة

Cachet et signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

\* INP : Identification Nationale du Praticien

\* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

التأمين الإجباري عن المرض  
Assurance Maladie Obligatoire  
Réf ANAM 1.1.01.01  
Numéro : 1.1.01.01

\* اشطب الخانة

Royaume du Maroc



MR AHMED EL ARCHI

ST LAIMUN 1 VILLA N 46

QUARTIER L'AVIATION

CASABLANCA

20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

000060424845

Accusé de Réception

N° Réception : 60424845

(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : EL ARCHI AHMED

Immatriculation : 73397010 / 070005750

Nom et Prénom Bénéficiaire : EL ARCHI AHMED

Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS

Date et heure : 13/01/2020 13:19

Lieu de réception : CASA SIEGE 70113

Valeur du dossier : 2100,00

Nombre de pièces : 3

Code Agent : 7MOD037

Code Etablissement :

Etablissement :