

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° W19-423933

ND = 31641

Complément

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7469 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : GUEHOUDI Amina

Date de naissance : 19/11/1959

Adresse : 46, Lotissement L'aiméours - Casa

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 : Casa Le : 6/7/20

Signature de l'adhérent(e) :

[Signature]

**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 LYMPHOEDEME VRAI	1800	1500	

Salutation mutualistes

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

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

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

INPE : 090001405

CASABLANCA, LE 10/01/2018



CR Medical

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

Mr ELANCHI Ahmed
 Dc - Melabre de Houdy Ken
 avec adénopathie inguinale &
 d'adénopathie volumineuse ⇒ lymphoécémie
 ++ du NI droit - persistant
 après ST / chimio - radiothérapie
 CAS : 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



Casablanca le: 18/12/19.

Calendrier des Seances.
M^r El Archi Ahmed.

- 1^{ère} Seance → Le 04/11/2019.
- 2^{ème} Seance → Le 05/11/2019.
- 3^{ème} Seance → Le 08/11/2019.
- 4^{ème} Seance → Le 18/11/2019.
- 5^{ème} Seance → Le 20/11/2019.
- 6^{ème} Seance → Le 22/11/2019.
- 7^{ème} Seance → Le 25/11/2019.
- 8^{ème} Seance → Le 27/11/2019.
- 9^{ème} Seance → Le 29/11/2019.
- 10^{ème} Seance → Le 02/12/2019.
- 11^{ème} Seance → Le 04/12/2019.
- 12^{ème} Seance → Le 09/12/2019.
- 13^{ème} Seance → Le 11/12/2019.
- 14^{ème} Seance → Le 13/12/2019.
- 15^{ème} Seance → Le 18/12/2019.

Centre de Kinésithérapie Essalam
Manal ZEJLI
App. N°1 - Hay El Oulfa - Casablanca
Tél: 022.91.57.71 - GSM: 070.99.68.97

Centre de Kinésithérapie
Essalam

Manal ZEJLI
Kinésithérapeute et
Physiothérapeute



مركز الترويض الطبي
السلام

منال الزجلي
أخصائية في الترويض الطبي
والعلاج الفيزيائي

Casablanca le: 18/12/19.

Facture

La somme de # 1 800,00 DH # (Mille huit cent Dinars)
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 Mochet.

Centre de Kinésithérapie Essalam
Manal ZEJLI
Résidence Arreda GH6 Imm. A35
Appt. N°1 Hay El Oulfa - Casa.
Tél: 0522 91 57 71

ICE

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

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

INPE 091058651

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

CASABLANCA, LE...

30/10/19



090001405

Dr EL ARCHI Ahmed

15 scans de drainage
 lymphatique de
 membres inférieurs

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

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

المقر الرئيسي 2 و 4، رتقة يوسف الكندي، شارع بن مينا، الدار البيضاء معاريف، المغرب 20370 - Casablanca Maârif - Maroc

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

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

٢. عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

[illegible]

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramedical
du	15 séances de			P.U = 120,00 DH	<p style="text-align: center;">Centre de Kinésithérapie - Essraoui Rue Marsal ZE 11 Résidence Arrada GH6 Imr App. N° 44791 Oudjda Tél : 0522 517 513</p>
04/11/15	chaînage lymphatique			P.T = 1800,00 DH	
au	15 ANT				
18/12/15					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

et Cachet du Paramédical

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 مرض 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 وأذنتها بالوصفات المرسل.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعاقدية التي تنتمون 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 التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمسطر القانوني.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاقدية

06 61 91 57 02

Identification de l'agent

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع



ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث
feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مرجع رقم

N° Bordereau

N° Dossier

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ELARCHI Ahmed الاسم العائلي و الشخصي

N° Affiliation : 397010 رقم الانخراط

N° Immatriculation : 731 397010 رقم التسجيل

N° CIN : B22239 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له

Conjoint زوج Enfant ابن
Adresse : Lotissement LAIMOUNE 1, BOE N°46 العنوان
CASABLANCA

Montant des frais (Dhs) : 2 100,00 مبلغ المصاريف (درهم)

Nombre de pièces jointes : 3 (Trois) عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ELARCHI Ahmed الاسم العائلي و الشخصي

Date de naissance : 17 05 1955 تاريخ الازدياد

N° CIN : B22239 رقم بطاقة التعريف الوطنية

Sexe : M ذكر الجنس

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 091058 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie * مرض Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظروف المغلق *

Maternité * أمومة Date de grossesse : تاريخ الحمل

Hospitalisation * استشفاء Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة

Accident * حادث Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء

Causes : أسباب الحادث

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

Fait à : CASABLANCA

le : 25 01 2019

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 : 25 01 2019

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عيادة الرعاية الصحية

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

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Royaume du Maroc



CNOPS

MR. AHMED EL ARCHI

101 LAINCUN 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 : 7MD037

Code Etablissement :
Etablissement :