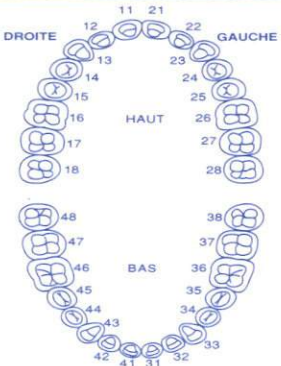
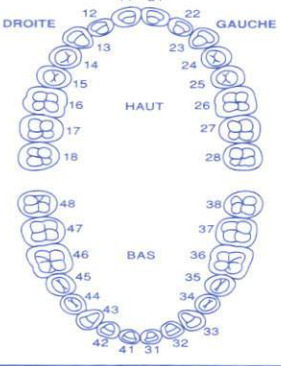


SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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																	
				Coefficient des travaux 																
				Montant des soins 																
				Début d'exécution 																
				Fin d'exécution 																
O.D.F. Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux 																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
	00000000	00000000	00000000	00000000																
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis 																	
			Fin d'exécution 																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

P 14/0038724

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT			Mle 2558							
Nom & Prénom			HADRI Lachet							
Fonction		veuve	Phones 0669376320							
Mail										
MEDECIN		Prénom du patient								
Adhérent ☐		Conjoint ☐	Enfant ☐	Age	Date					
Nature de la maladie					Date 1ère visite					
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances										
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Nature des actes</th> <th>Nbre de Coefficient</th> <th>Montant détaillé des honoraires</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>					Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires								
PHARMACIE		Date								
Montant de la facture										
										
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date								
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires								
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date								
Nombre AM PC IM IV				Montant détaillé des Honoraires 875 wo 1500 wo						

CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRE
زيادة تشخيص و استكشاف أمراض القلب و الشرايين

Docteur Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'Université de LYON (FRANCE)

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Ancien Médecin au CHU de LAUSANNE (SUISSE)

Membre de la Société Française de Cardiologie



دكتور عبد المجيب الذويب

اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين

خريج كلية الطب بليون (فرنسا)

دبلوم فحص القلب بالصدى

بيب سابق بالمستشفى الجامعي بلوزان (سويسرا)

عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض القلب

Casablanca, le 31/7/19

Benlacheur Adra

9500x4



Aspirin 25 mg

modu

9770x2



Amep 1 mg

57540

4mm

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE

94, Rue Al Araâr (Ex. Gay Lussac)
M. Sultan - Casablanca
T. 48.37.91 - 05.22.48.37.91

Echo-Doppler Cardiaque et Vasculaire Couleur - Holter Rythmique - Holter Tensionnel - Epreuve d'effort

94. زنقة العرعار (كي لوساك سابقا) بين ساحة مرس السلطان و ألفا 55 - مرس السلطان - الهاتف : 05.22.48.37.91 - المستعجلات : 06.61.15.62.45

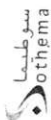
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac) R.D.C. (Entre le Rond-point Mersultan et Alpha 55) - Mersultan - Casablanca

Tél. : 05.22.48.37.91 - Urgences: 06.61.15.62.45

XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



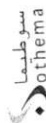
6 118000 021773



XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



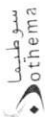
6 118000 021773



XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773



AMEP® 5mg

56 comprimés



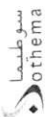
6 118000 081777



XEDILOL 25 mg
Boîte de 30 comprimés sécables
AMM N°148/15 DMP/21/NRQ



6 118000 021773



AMEP® 5mg

56 comprimés



6 118000 081777



LOT 181503
EXP 09/2021
PPV 97.70DH

LOT 181503
EXP 09/2021
PPV 97.70DH



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000057479501

Accusé de Réception

N° Réception : 57479501
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01
Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 8/07/2019 11:02
Lieu de réception : CASA SIEGE 40131
Valeur du dossier : 1500,00
Nombre de pièces : 2
Code Agent : M4M0481

Code Etablissement :
Etablissement :



MME LADRAT BENHACHEM EL HARROU
NO 58 RUE MOKALAD AKILI
RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU
CASABLANCA
20050 CASABLANCA EL HANK

000056541477

Accusé de Réception

N° Réception : 56541477
(N° à rappeler pour toute correspondance ultérieure)

Nom et Prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et Prénom Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Rang Bénéficiaire : 01

Type dossier : FEUILLE DE SOINS
Date et heure : 6/05/2019 14:11
Lieu de réception : CASA SIEGE 40127
Valeur du dossier : 875,40
Nombre de pièces : 3
Code Agent : M4M0596

Code Etablissement :
Etablissement :

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 1	EN COURS DE TRAITEMENT 1	PAYE
-------------	--------------	--------------------------	------

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
1	-	05/08/2019	Virement	-	1 500,00	640,00	80,00	720,00
1	-	24/07/2019	Virement	-	713,50	120,00	5,00	125,00
1	-	18/06/2019	Virement	-	875,40	602,78	100,56	703,34
1	-	21/05/2019	Virement	-	1 616,00	1 093,60	260,40	1 354,00
1	-	07/03/2019	Virement	-	3 361,10	1 320,00	5,00	1 325,00
1	-	04/02/2019	Virement	-	977,40	602,78	100,56	703,34
1	-	05/11/2018	Virement	-	994,50	600,05	99,94	699,99

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 المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاهدية 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 التعريفة 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 للمساطر القانونية.

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 التعاهدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض 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 (ها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HACHOUH : الاسم والعائلي والشخصي

N° Affiliation : 11111111 : رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 11111111 : رقم التسجيل :

N° CIN : 11111111 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint ☐ زوج Enfant ☐ ابن

Adresse : العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 375.40 : مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 3 : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENHACHEM-ADRI : الاسم والعائلي والشخصي

Date de naissance : 11/11/11 : تاريخ الأزدية :

N° CIN : 11111111 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى : الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 11111111 : الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Maladie* ☒ مرض* : Plu confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐ : تم تقديم الظرف المغلق* :

Maternité* ☐ أمومة* : Date de grossesse : 11/11/11 : تاريخ الحمل :

Hospitalisation* ☐ استشفاء* : Date prévue d'accouchement : 11/11/11 : التاريخ المرتقب للولادة :

Accident* ☐ حادث* : Date d'hospitalisation : 11/11/11 : تاريخ الاستشفاء :

Causes : 11/11/11 : أسباب الحادث :

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

Fait à : 11/11/11 : حورب :

le : 11/11/11 : في :

توقيع المؤمن له (ها)
Signature de l'assuré(e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : 11/11/11 : حورب :

le : 11/11/11 : في :

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case

* أشطب الخانة
* Cocher la mention utile pour chaque case

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

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 CNOOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de la qui précède.

Instructions à suivre

Préparer 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 CNOOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de la qui précède.

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

الاسم العائلي للمؤمن له (ها)
Nom et prénom : **BEUHAÏEM EL HARROUMI**
N° Affiliation : **110781**
N° Identification : **442076085**
N° CIN : **B 38040**
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : **Conjoint**
العنوان : **58 Nakhalid Akil, Dar Nakhalid, Casablanca**
Montant des frais (Dhs) : **2**
عدد الوثائق المرفقة : **1500, 00 dh**

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاج
Bénéficiaire de soins : **المؤمن له**
Nom et prénom :
Date de naissance :
N° CIN :
Sexe : **M** ذكر **F** أنثى

Identification du médecin traitant

الرقم الوطني الاستاذي للممارس
N° IMP : **33190688**
Type de soins :
Adressé en A.D. : **Non**
N° dossier A.D. :
Code A.D. :
Sous-prise :
Hospitalisation : **Non**
Date d'hospitalisation :

أشعر بصحة كل ما ذكر أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus exactes et véritables.
Fait à :
Le : **05/07/2019**
Signature du médecin traitant ou de l'établissement de soins : **Dr. El Harroumi**

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع الجمعية
Date de réception :	
Date de paiement :	

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM 10

جرد الموصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Actes Paramédicaux

[illegible]

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العتبات Dates des actes	رمز العتبات Code des actes	معامل العتبات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المقصور Montant facturé	توقيع وطابع طبيب الأشعة أو الإحصائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cie + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cie	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical

ECG

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

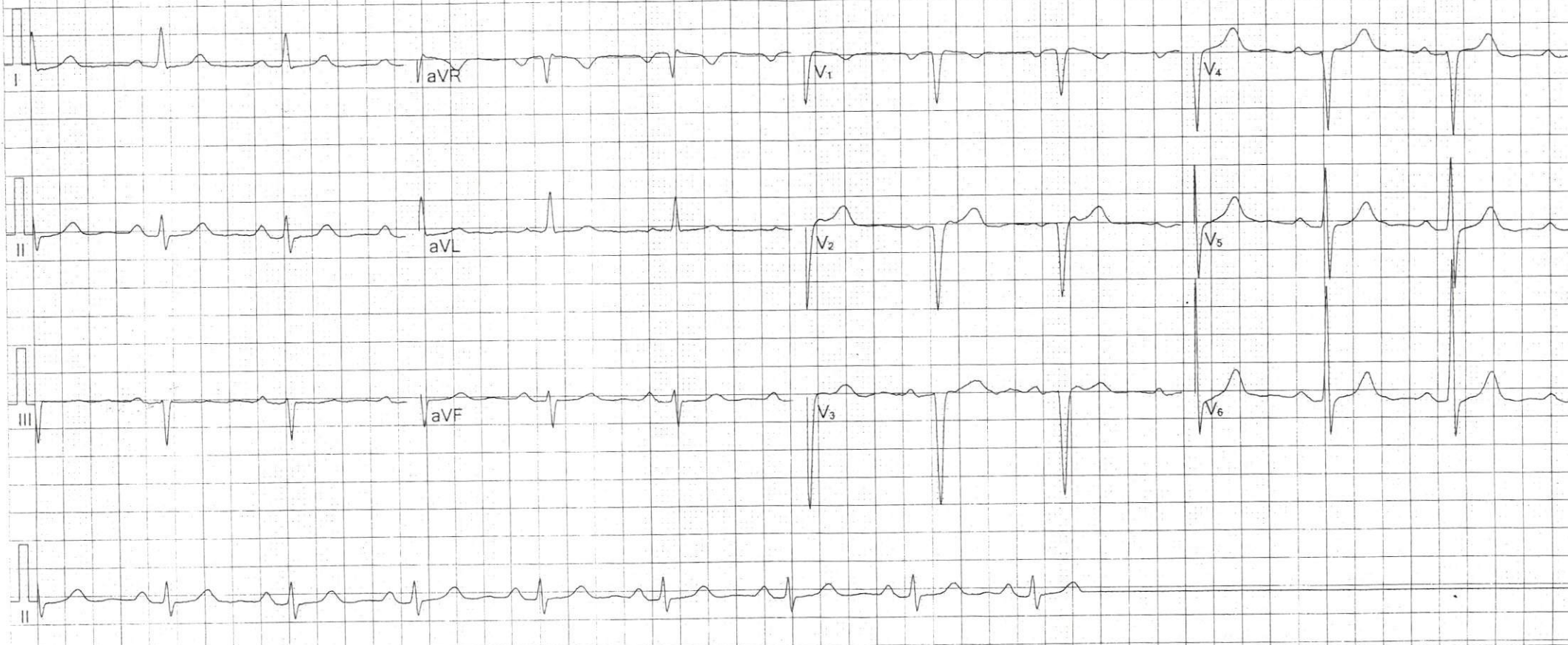
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM: BENHACHEM ADRA ID : Sexe : Age : Date Test : 03-05-2019 13:35

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	425 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	449 ms
FC :	67 bpm	Axe P :	58.9°
Durée P :	125 ms	Axe QRS :	-22.5°
Durée QRS :	89 ms	Axe T :	39.8°
Durée T :	306 ms	RV5/SV1:	1.11/0.87mV
Intervalle PR :	202 ms	RV5+SV1:	1.98mV

Suggestion :

Signature Médecin:

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافيا
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زنقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 27/7/16 في الدار البيضاء.

Honorable,

J'aurais aimé avoir pu le
savoir de 1500,000 par le
seul de l'an 1976 par l'existence
de l'état secondaire 06h. d
1. 1976 1976



HADM NORA

Colyt rendu de leur YAG

- Anesthésie Topique OOI
- Soignée de leur YAG par
Capsulotomie de Cataracte secondaire
OOI
- Densification



DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE - LENTILLES DE CONTACT - LASER - ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1^{er} Etage - Casablanca
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض وجراحة العيون

طب الحول - عدسة الإتصال - الليزر - أنجيوجرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70، زنقة عمال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 07/11/2004 في الدار البيضاء:

J. BOUM 2004

Congrès annuel de l'Association Marocaine

→ Anesthésie Topique OD

→ Soignée de l'oeil par

l'agissement de l'écaille secondaire

OD

→ Dénigré

