

# 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.

**Biologie 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.

**Educations :**

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.

**Orthodontie :**

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

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**



*M = 30182*  
**Déclaration de Maladie**  
N° P19- 067112

☐ Maladie      ☐ Dentaire      ☐ Optique      ☐ Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : *2558* Société : \_\_\_\_\_

☐ Actif      ☐ Pensionné(e)      ☐ Autre : *Veuve*


Nom & Prénom : *HAOUA Lohat*

Date de naissance : *12/9/45*

Adresse : *58 Nakalla Akili Res au N°101/1*  
*Bangor*

Tél. : *06 68 37 6390* Total des frais engagés : *780,80* Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin : 

Date de consultation : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nom et prénom du malade : \_\_\_\_\_

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 : *Caro*      Le : *24/06/2020*

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 وأثمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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 للمساطر القانونية.

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

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  
RéfANAM 1.1.02.01  
مرجع رقم

N° Bordereau : .....

N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUNI Radwan

N° Affiliation : 111071811

N° Immatriculation : 444076025

N° CIN : B 88040

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 58 Nakhlad Akli Res. Jan. Nakhlad Baingague Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 750, 80

Nombre de pièces jointes : 12

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BENHACHEM LAJRAH

Nom et prénom : BENHACHEM LAJRAH

Date de naissance : 11/11/1945

N° CIN : .....

Sexe \* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 4441111111

Type de soins : .....

Admission ALD\* : Oui ☐ Non ☐

N° Dossier ALD\* : .....

Code ALD : .....

Soins ambulatoires\* ☐ علاجات خارجية\* ☐ Pli confidentiel remis\* : Oui ☐ Non ☐

Hospitalisation\* ☐ استشفاء\* ☐ Date d'hospitalisation : .....

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه</p> <p>J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>le : 28 Mai 2020</p> <p>في : .....</p> <p>توقيع الطبيب المعالج (لها)</p> <p>Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه</p> <p>Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : Casablanca</p> <p>le : 28 Mai 2020</p> <p>في : .....</p> <p>توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</p> <p>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins.</p> <p>Dr. Abdelhak BOUJEB</p> <p>CARDIOLOGUE</p> <p>84, Rue Al Araar (Ex. Gay) Casablanca</p>
--	--

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مبيعاً كلياً بيع هذا المطبوع

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

Signature et Cachet du Médecin traitant

**Dr. Abdoulaye BOULEA**  
 Radiologue Ex. Gey (Londres)  
 44, Rue du Sultan  
 Casablanca

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

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 الإحاثي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste										
INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															
INP : <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>															

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



DR Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplômé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Membre de la Société Française de Cardiologie

Casablanca le : 28.05.2020

Benhachem Iadrat

9500X2  
Xedilol 25 : ½ cp / j matin

7820X4  
Ameo 10 : 1 cp/j matin

4 mois

  
**Docteur Abdelmoujib DOUIEB**  
**CARDIOLOGUE**  
94, Rue AL ARAAR (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca 01  
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Cabinet de cardiologie et d'explorations cardio-vasculaires  
94.Rue AL ARAAR ( Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55 ) - Casablanca -  
Tél : 05.22.48.37.91 et 05.22.48.63.58 **uniquement SUR RDV**

Urgences de nuit : clinique Franceville ( Bd Ghandi )



# DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

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

70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er 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, زقة علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

هاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca, le 27/07/20 في الدار البيضاء،

1 Hnon agn

41,00x3

Gecanne, 3 Roter,

g x 3

3 nos

123,00



Dr. Abdelhak BOUCHTA  
Ophtalmologiste  
70, Rue Allal Ben Abdellah  
1er Etage - Casablanca  
Tél.: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72



Lot 490513  
Fab 11/2019  
EXP 10/2022

Code CIP 13



3400933194819

Code CIP 13



3400933194819

Lot 490513  
Fab 11/2019  
EXP 10/2022



# ECG

## CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM:BELHACHEM LADRAT ID :CNIOPS Sexe : Age : Date Test :28-05-2020 12:31

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	428 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	435 ms
FC :	62 bpm	Axe P :	62.1°
Durée P :	120 ms	Axe QRS :	-6.6°
Durée QRS :	87 ms	Axe T :	47.6°
Durée T :	311 ms	RV5/SV1:	0.74/0.87mV
Intervalle PR :	201 ms	RV5+SV1:	1.61mV

Suggestion :

**Docteur Abdelmoujib DOUIEB**  
**CARDIOLOGUE**  
94, Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca 01  
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Signature Médecin: