

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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.

**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**

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



*no = 30185*  
**Déclaration de Maladie**

**N° P19- 067115**

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 2558 Société : .....

Actif       Pensionné(e)       Autre : Neuve

Nom & Prénom : HADRI LADHAT

Date de naissance : 17/9/45

Adresse : 58 Nakallad Aketi Les Dan Akklu P

Boulogne Casa

Tél. : 06 68 37 65 20 Total des frais engagés : 929,40 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 : .....

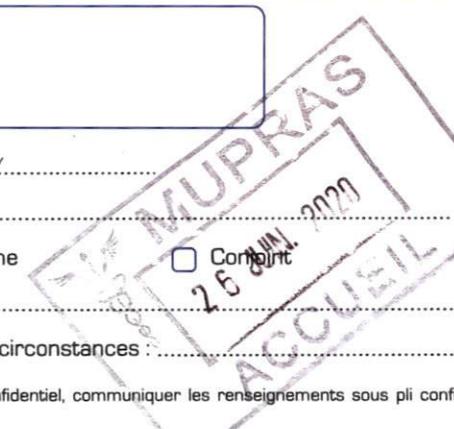
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

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 : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



La feuille de soins doit être accompagnée de toutes les pièces justificatives originales (ordonnances médicales, factures, résultats de radiologie et/ou de laboratoire).

Nom et prénom de la personne soignée doivent être portés par les praticiens eux-mêmes sur chaque feuille de soins.

Les ordonnances 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 médecin dans les deux mois qui suivent le diagnostic médical, sauf s'il y a un traitement continu. Dans ce dernier cas, le dossier doit être présenté dans les soixante (60) jours suivant la fin du traitement.

Le remboursement des frais engagés sera effectué sur la base de la tarification nationale en vigueur.

Les risques liés aux accidents du travail et les professionnels ne sont pas couverts.

La personne coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir des prestations qui ne sont pas dues, est passible des sanctions pénales et réglementaires.

La demande de remboursement prise par la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

Cachet et signature de la mutuelle	توقيع وطابع التضامنية
Identification de l'agent : .....	تاريخ الإيداع : .....
Date de dépôt du dossier : .....	.....

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 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 للمساطر القانونية.

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

N° Bordereau : ..... N° Dossier : .....

Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom	BEW HACHEM EL HARROUNI Ladjat	الإسم العائلي والشخصي
N° Affiliation	110781	رقم الانخراط
N° Immatriculation	442076025	رقم التسجيل
N° CIN	B38040	رقم بطاقة التعريف الوطنية
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*		علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له*
Adresse: 58 Nakallad Akili Res. Dar Natelup a/pt 5 3e étage Bourgogne Casablanca		العنوان: ابن Conjoint زوج Enfant
Montant des frais (Dhs)	529 00	مبلغ المصاريف (درهم)
Nombre de pieces jointes	15	عدد الوثائق المرفقة

Déclaration du médecin traitant		تصريح الطبيب المعالج
Bénéficiaire de soins	BEN HACHEM EL HARROUNI LADJAT	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom	BEN HACHEM EL HARROUNI LADJAT	الإسم العائلي والشخصي
Date de naissance	17/09/1965	تاريخ الازدياد
N° CIN	B38040	رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe *	M <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	الجنس: أنثى <input checked="" type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/>

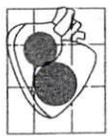
Identification du médecin traitant		تعريف الطبيب المعالج
N° INP	41710112	الرقم الوطني الاستدالي للممارس
Type de soins		نوع العلاجات
Maladie *	<input checked="" type="checkbox"/> مرض	تم تقديم الظرف المغلق * : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non
Maternité *	<input type="checkbox"/> أمومة	Date de grossesse : .....
Hospitalisation *	<input type="checkbox"/> استشفاء	Date prévue d'accouchement : .....
Accident *	<input type="checkbox"/> حادث	Date d'hospitalisation : .....
		Date d'accident : .....
		Causes : .....

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : Casablanca le : 26 08 2019 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه. Je declare les informations ci-dessus sinceres et veritables. Fait à : Casablanca le : 26 Aout 2019 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'Établissement de soins Docteur Abdelmoujib DOUIEB CARDIOLOGUE 94, Rue Al Nassar (Ex. Gay Lussac) يمنع بيع هذا الطور Mars Sultane Tél: 022-48-37-91 - Urgence / 061-15-82-46
--	--



**CABINET DE CONSULTATION ET D'EXPLORATIONS CARDIO - VASCULAIRES**  
**عيادة 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



**الدكتور عبد المجيب الذويب**  
 اختصاصي في أمراض القلب و الشرايين  
 خريج كلية الطب بليون (فرنسا)  
 دبلوم فحص القلب بالصدى  
 طبيب سابق بالمستشفى الجامعي بلوزان (سويسرا)  
 عضو بالجمعية الفرنسية لأمراض القلب

Casablanca, le 26/8/19

*Beuladeum Larhal*

124.80

*Moolopyl 800 sept 21 suri*

1100x2

*Delid 21 yepi*

7520x3

*Auep to eepi*

7900

*Civa Pas Gitef*

62940

*Zuar*

**Docteur Abdelmoujib DOUIEB**  
**CARDIOLOGUE**  
 94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)  
 Me : Sultan - Casablanca 09  
 T : 22.48.37.91 - GSM: 061 15.62.45

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

AMEP® 10mg ○  
28 comprimés



6 118000 081784

AMEP® 10mg ○  
28 comprimés



6 118000 081784

AMEP® 10mg ○  
28 comprimés



6 118000 081784

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

LOT 190087  
EXP 01 2023  
P.P.V. 134.80

NOOTROPYL 800 mg ⊗  
Boîte de 60 comprimés pelliculés  
AMM N° 405/16 DMP/21/NRQ



6 118000 020738

VitA-POS®

PPC:

Royaume du Maroc



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

000058110623

Accusé de Réception

N° Réception : 58110623  
(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 : 27/08/2019 12:30  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40113  
Valeur du dossier : 929,40  
Nombre de pièces : 15  
Code Agent : M4M1194

Code Etablissement :  
Etablissement :

Royaume du Maroc



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

000058110623

Accusé de Réception

N° Réception : 58110623  
(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 : 27/08/2019 12:30  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40113  
Valeur du dossier : 929,40  
Nombre de pièces : 15  
Code Agent : M4M1194

Code Etablissement :  
Etablissement :

# ECG

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

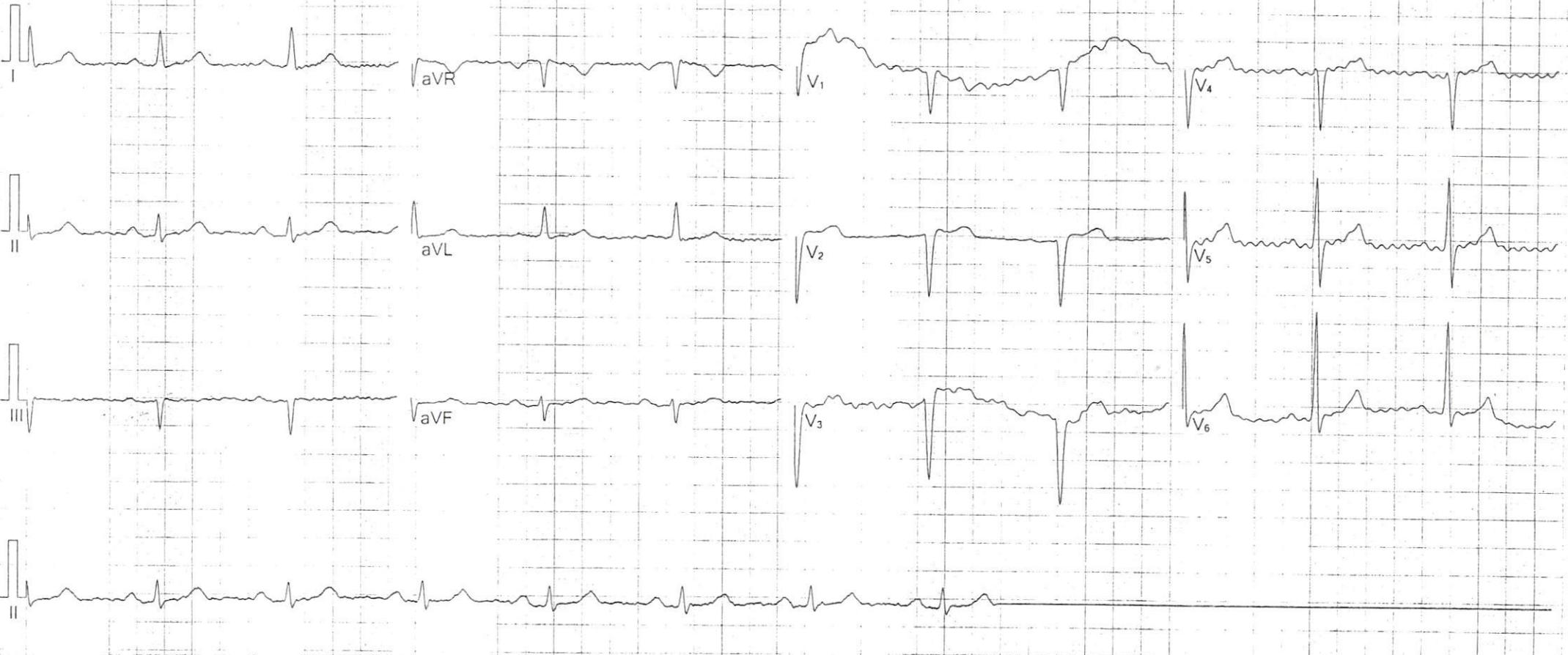
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM: BENHACHEM LADRAT ID : CNOPS Sexe : Age : Date Test : 26-08-2019 18:30

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	436 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	446 ms
FC :	63 bpm	Axe P :	53.4°
Durée P :	131 ms	Axe QRS :	-12.7°
Durée QRS :	90 ms	Axe T :	42.1°
Durée T :	316 ms	RV5/SV1:	1.21/0.00mV
Intervalle PR :	211 ms	RV5+SV1:	1.21mV

Suggestion :

**Docteur Abdelmoujib DOUIEB**  
CARDIOLOGUE  
94, Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan CASABLANCA  
Tél: 022-48-37-91 - Urgence: 061-16-02-45  
Signature Médecin: