

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



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

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 : *Nouve*

Nom & Prénom : *HADRI LADHAT*

Date de naissance : *17/9/45*

Adresse : *58 Nakhalat Aketi Les Dan Akhlu P*

Boulogne Case

Tél. : *06 68 37 65 20*

Total des frais engagés : *923,40*

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 : *Case*

Le : *24/06/2020*

Signature de l'adhérent(e) : 

une feuille de soins par personne et
également.

feuille de soins doit être accompagnée de
les pièces justificatives originales
nances médicales, factures, résultats
amens de radiologie et/ou de laboratoire).

om et prénom de la personne soignée
it être portés par les praticiens eux mêmes
aque feuille de soins.

rospectus et les PPM concernant les
aments achetés doivent être joints aux
nances transmises.

uille de soins ainsi que les pièces
catives doivent être présentées à votre
elle dans les deux mois qui suivent le
er acte médical, sauf s'il y a traitement
al continu. Dans ce dernier cas, le dossier
tre présenté dans les soixante (60) jours
ivent la fin du traitement.

mboursement des frais engagés sera
ué sur la base de la tarification nationale
érence.

isques liés aux accidents du travail et
ies professionnelles ne sont pas couverts.

personne coupable de fraude ou de fausse
ation pour obtenir des prestations qui
nt pas dues, est passible des sanctions
s et réglementaires.

igation de remboursement prise par la
PS est subordonnée au respect des
ions réglementaires et de ce qui précède.

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

تقديم ورقة العلاج بالسرور وس
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
التضامنية 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.

UNOPS

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)		خاص بالمؤمن له (لها)
Nom et prénom	BEW HACHEM EL HARROUNI	الاسم 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		العنوان
58 Nakellad Akili Res. Dar Natelup a/bt 5		Conjoint زوج
30 étage Baugogue Casablanca		Enfant ابن
Montant des frais (Dhs)	529 40	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	المستفيد من العلاجات
Nom et prénom	BEN HACHEM EL HARROUNI	الاسم العائلي والشخصي
Date de naissance	17/09/1965	تاريخ الميلاد
N° CIN	B38040	رقم بطاقة التعريف الوطنية
Sexe *	M	الجنس

Identification du médecin traitant		تعريف الطبيب المعالج
N° INP	41710112	الرقم الوطني الاستدالي للممارس
Type de soins		نوع العلاجات
Maladie *	مرض *	تم تقديم الطرف المغلق * : Oui Non
Maternité *	أمومة *	Date de grossesse : تاريخ الحمل
Hospitalisation *	استشفاء *	Date prévue d'accouchement : التاريخ المرتقب للولادة
Accident *	حادث *	Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء
		Date d'accident : تاريخ الحادث
		Causes : أسباب الحادث

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه. l'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)	أصريح بمصادقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه Je declare les informations ci-dessus sinceres et veritables. Fait a : Casablanca le : 26 Aout 2019 توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Medecin traitant ou de l'Etablissement de soins Docteur Abdelmoulib DOUIEB CARDIOLOGUE 94, Rue Al Nassar (Ex. Gay Lussac) يمنع منعا باتا بيع هذا الطابع Tél: 022-48-37-91 - Urgence / 061-15-62-45
--	---

La vente de cet imprimé est formellement interdite

وصف العمليات المجرات

CIM - 10

جود الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Actes Paramédicaux

INP · 1

بيات الأحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفوتر Montant facture	طابع طبيب الأشعة أو الإحصائيات Signature et Cachet du Radiologiste
INP : [][

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المفقود Montant facture	فيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Param.
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					

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

Beulacem Larhal

124.80
9100x2
7620x3
7900
62940
Zuair
Mooloupy 800 sep 21 2019
Destil 21 1/2
Auep 10 sep 21
Civa Pas 11/21
Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)
Me : Sultan - Casablanca 06
T : 22.48.37.91 - GSM: 061 15 62 45

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: 06 61 15 62 45 - 05 22 48 63 58 - 05 22 48 37 91

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

Tél. : Cabinet : 05 22.48.37.91 - 05 22 48 63 58 - 06 61 15 62 45

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 19008
EXP 01 2024
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:



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: 061-15-02-45
Signature Médecin: