

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.

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.

Prothèse 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 067113

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve
Nom & Prénom : HADRI Kadat
Date de naissance : 17/9/45
Adresse : 58 Akkallad Akci Res Ja Naklup
Benjane Case
Tél. : 06 68 37 63 20 Total des frais engagés : 980,80 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 : Case 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 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 وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاوضية 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 للاستفادة 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 التعاوضية

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 (ها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUNI Ladjrat الاسم العائلي والتفصيلي

N° Affiliation : 111071814 رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : 442076025 رقم التسجيل :

N° CIN : B318040 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Adresse : 58, Nakhalad Akeli St, Dar Nakhal العنوان

Montant des frais (Dhs) : 980,80 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BENHACHEM LADJAT المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENHACHEM LADJAT الاسم العائلي والشخصي

Date de naissance : 1945 تاريخ الإزدياد :

N° CIN : [] رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe * : M ♂ ذكر F ♀ أنثى الجنس * :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 111710012 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui Non قبول المرض المزمن :

N° Dossier ALD* : [] رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : [] رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : * علاجات خارجية Pli confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation* : * استشفاء Date d'hospitalisation : [] تاريخ الاستشفاء :

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

Signature du médecin traitant : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عهده

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casablanca

le : 19/01/2019

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

Signature du médecin traitant : توقيع وطابع الطبيب المعالج أو من عهده

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Mers Sultan - CASABLANCA

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

[illegible]

CIM - 10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

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 الإحتيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

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 وضابع 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 : 05.12.19

Benhachem Iadrat

35,00 x 2

① Xedilol 25

73,20 x 4

② Amep 10

③ Mowceptal gel (114)

198,00

680,00

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 Dr Abdelmoujib DOUIEB
94 Rue AL ARAAR (Entre Rondpoint Mersultan et Alpha 55) Casablanca
Tél : 05.22.48.37.91 - 05.22.48.63.58
SUR RDV UNIQUEMENT

AMEP® 10mg ○
28 comprimés

6 118000 081784

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

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

6 118000 021773

LOT
C28
2021-08

3 401020 354451 >

REV. 2018/01/A

Laboratoire Poidis
8 Rue des Goncourt,
75011 PARIS, FRANCE



CNK 3259-850

Fédération Française
d'Escrime
Fournisseur officiel
des équipes
nationales de la
Fédération Française
d'Escrime

SENZA CONSERVANTI AGGIUNTI
NO ADDED PRESERVATIVE

PVC: 198.00 DH

120 ml



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

000059835121

Accusé de Réception

N° Réception : 59835121
(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 : 9/12/2019 11:38
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 980,80
Nombre de pièces : 11
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

ECG

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

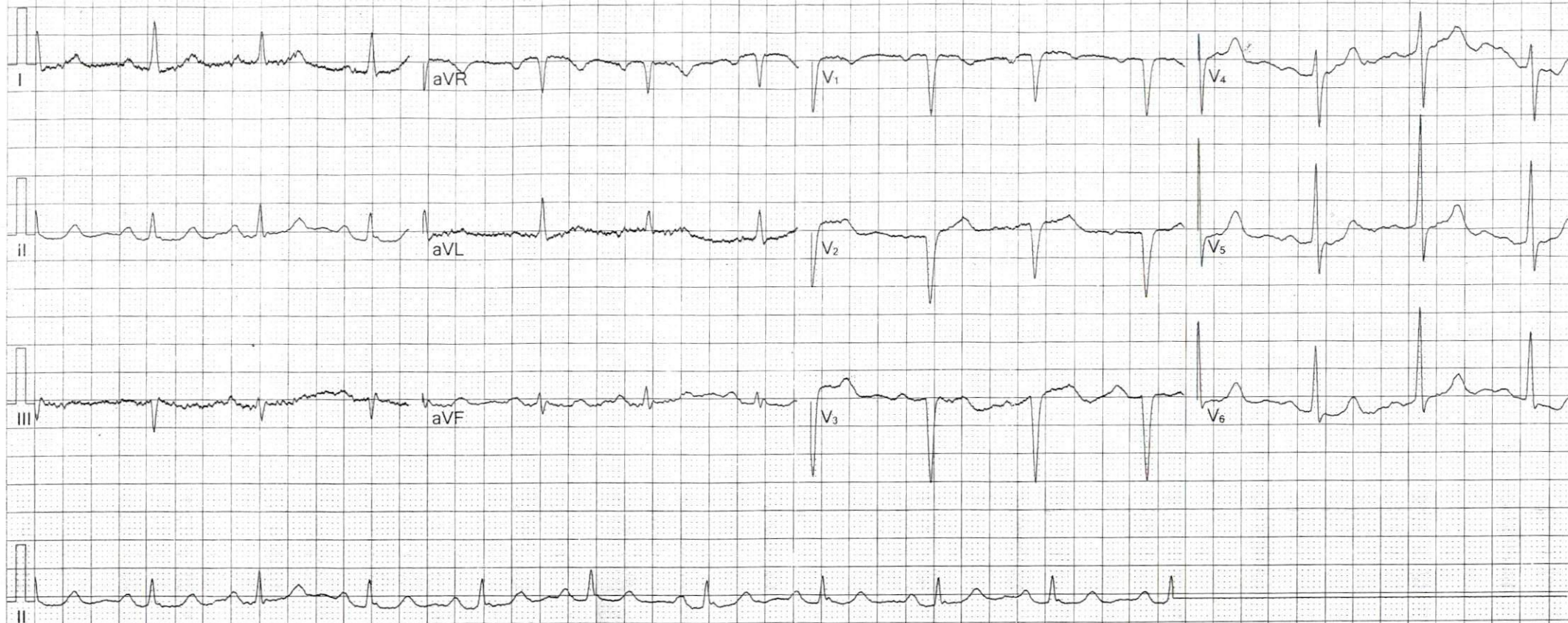
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

NOM: BENHACHEM LADRAT ID : CNOPS Sexe : Age : Date Test : 05-12-2019 18:16

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	437 ms
Durée Ech.:	8 s	Intervalle QTc :	485 ms
FC :	74 bpm	Axe P :	52.8°
Durée P :	163 ms	Axe QRS :	15.2°
Durée QRS :	95 ms	Axe T :	26.3°
Durée T :	312 ms	RV5/SV1:	1.48/0.95mV
Intervalle PR :	226 ms	RV5+SV1:	2.42mV

Suggestion :

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél. 022 48.37.91 - 05.22.48.37.91

Signature Médecin: