

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

La 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](http://www.mupras.com)



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

*nr = 30189*  
**Déclaration de Maladie**

N° P19- 067114

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2558* Société : .....

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

Nom & Prénom : *HADRI Lachat*

Date de naissance : *17/9/45*

Adresse : *58 Boulevard Akili Ben Jan Nakhl P*

*Banque du Cas*

Tél. : *06 68 37 63 90* Total des frais engagés : *1000,00* 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 : *Conférence*

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) : *[Signature]*

# 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 quarante (40) jours qui suivent la fin de traitement.

Le remboursement des frais engendrés sera effectué sur la base de la tarification nationale de référence.

Les risques liés aux accidents de 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 le CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

وكل ما سبق ذكره

## ملحق رقم الثاني

Cachet et signature du titulaire توقيع و طابع المالك	Identification de l'agent تاريخ الدخول في الخدمة
---	---

Assurance Médicale Obligatoire  
 رقم الوثيقة: 11.01.01

N° Dossier : (بالرقم من قبل)		N° Bordereau :	
Nom et prénom : BENHACHEM EL HAROUNI Rachid		N° Affiliation : 442076025	
N° Immatriculation : 3380410		N° CIN : 3380410	
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint		Adresse : 58, Mohamed Ali St Casablanca	
Montant des frais (Dhs) : 3.000.000		Nombre de pièces jointes : 5	
Déclaration du médecin traitant :			
Bénéficiaire de soins :			
Nom et prénom : BENHACHEM EL HAROUNI Rachid			
Date de naissance : 1991			
Sexe : M			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			
N° CIN :			
Date de naissance :			
Nom et prénom :			
Bénéficiaire de soins :			
Date de naissance :			
Sexe :			
Identification du médecin traitant :			





Dr Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
Diplômé de l'Université de LYON

Casablanca le : 27.12. 2019

Note d'honoraire

MME BENHACHEM LADRAT

ECHODOPPLER CARDIAQUE

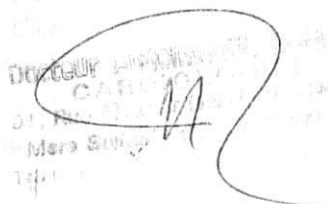
1000.00 dhs

Total :

1000.00 dhs

Arrêter la présente a la somme de mille dirhams

Dr . Douieb

A circular stamp is visible, partially obscured by a handwritten signature. The stamp contains the text "DOUIEB CARDIOLOGUE" and "MERSULTAN".

Cabinet Dr Douieb  
94 Rue Al Araar Mersultan – Casablanca  
Tél 05.22.48.37.91

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  
94, Rue Al Araar, Mersultan, Casablanca. Tél : 05.22.48.37.91 - 05.22.48.63.58  
Cabinet Dr Abdelmoujib DOUIEB

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

Signé : Dr DOUIEB

Ce certificat est délivré pour servir et valoir ce que de droit.

son état nécessite un traitement et un suivi à vie .

Ce sont deux maladies cardiaques chroniques et donc des maladies longues durée .

Insuffisance aortique et dilatation de l'aorte ascendante !!! voire cr de l'echo doppler cardiaque .

Pour HTA severe sous bitherapie et d'une valvulopathie aortique avancée avec

Je soussigné, certifie suivre M benhachem ladral depuis mars 2018

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

Certificat Medical maladie longue durée

Casablanca le : 27.12.19

Dr Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
Diplômé de l'Université de LYON  
Diplômé en Echographie Doppler Cardiaque  
Membre de la Société Française de Cardiologie

Dr Abdelmoujib DOUIEB  
CARDIOLOGUE  
Diplômé de l'Université de LYON

Casablanca le: 27.12.2019

Note d'honoraire

MME BENHACHEM LADRAT

ECHODOPPLER CARDIAQUE

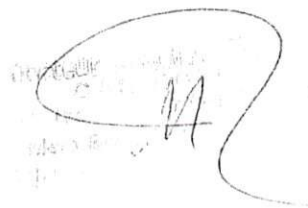
1000.00 dhs

Total :

1000.00 dhs

Arrêter la présente a la somme de mille dirhams

Dr . Douieb

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'D' followed by a flourish.

Cabinet Dr Douieb  
94 Rue Al Araar Mersultan – Casablanca  
Tél 05.22.48.37.91



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

000060204370

Accusé de Réception

N° Réception : 60204370  
(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 : 30/12/2019 14:11  
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123  
Valeur du dossier : 1000,00  
Nombre de pièces : 5  
Code Agent : M4M0535

Code Etablissement :  
Etablissement :

Nom Patient: BENHACHEM LADRAT CNOPS  
Médecin : DR DOUIEB ABDELMOUJIB  
Date Exam.: 27-12-2019

Page-2

<Dop Valve Tricuspid>

Doppler Flux Régurg. Tricuspid

V Pic 259.0cm/s  
GPPic 26.8mmHg  
VTI(IT)  
VTI(annVT)  
POD 5.0mmHg  
Diam VT

Rayon PISA  
V.Alias IT

Vol IT  
Flux IT D  
FR IT  
VE(VT)

SOR IT  
IT PISA

<Calculs Util>

TAPSE TAPSE : 2.612  
TAPSE.d1 : 26mm

VC VC : 4.0mm  
VC : 4.0mm

AORTE	AORTE1	:	18mm	AORTE2	:	31mm
	AORTE3	:	43mm	AORTE4	:	42mm
	AORTE1	:	18mm	AORTE2	:	31mm
	AORTE3	:	43mm	AORTE4	:	42mm

<Comments>

BON VG NON DILATE NORMOKINETIQUE  
FEVG A 58 5  
PETIT BOURRELET SEPTAL  
SA EPAISSIES DOUTE SU UNE BICUPIDIE  
IA MOYENNE SOR A 0,15 CM2  
VLM LEG REMANIEES , IM MINIME  
AORTE INITIALE DILATEE 43 MM DIAMETRE STABLE DEPUIS UN AN  
BONNE FCT DU VD  
PAS D'HTAP

**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 du Médecin :

DR DOUIEB ABDELMOUJIB



# CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO VASCULAIRE DR DOUIEB

94 RUE AL ARRAR MERSULTAN CASABLANCA TEL 05 22 483791  
 ECHOGRAPHE ALOKA V60 PREMIUM ANNEE 2017  
 DR DOUIEB ABDELMOUJIB  
 COMPTE-RENDU D'ECHO-DOPPLER COULEUR

## Fonct Card Exam.

### Infos Patient

ID : x191227-171706  
 Nom : BENHACHEM LADRAT CNOPS

27-12-2019

### Infos Site

Descript d'Examen:  
 Médecin Traitant :  
 Médecin P. : DR DOUIEB ABDELMOUJIB  
 Echographis :

### <Fonction VG mode M>

Teichholz

VEI  
 DC  
 DCI  
 FE 54.8%  
 FR 28.7%  
 MVG(Devereux) 151g  
 SC(DuBois)

	Diastole	Systole
DIVG	54mm	38mm
SIV	7mm	9mm
PPVG	7mm	15mm

### <Dop Valve Mitrale>

#### Dop Flux Transmitral

Pic E 41.1cm/s  
 Pic A 51.1cm/s  
 V Moy.  
 Gpm  
 VTI  
 Tdec 159ms  
 P1/2T  
 SVM(P1/2T)  
 E/A 0.80  
 durA  
 VPdurA  
 VPdurA-durA

### <Dop Valve Aortique>

#### Dop Flux Régurgitation Aortique

V Pic	442.8cm/s	Rayon PISA	6.0mm
GPPic	78.4mmHg	V.Alias IA	31.0cm/s
V Moy.		VTI(RA)	191.5cm
Gpm			
P1/2T			

Vol IA	31ml	SOR IA	0.16cm <sup>2</sup>
Flux IA D	70.7ml/s	IA PISA	2.28cm <sup>2</sup>
IA FR			

Page-4

