

# 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.

## Diagnostique 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



Déclaration de Maladie : N° P19- 0005102

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☒ Autre : Veuve  
Nom & Prénom : HADEI LADHAT Date de naissance : 17/9/65  
Adresse : 58, Abdelhak Akeli, Res Nakhl, Bangagane Case  
Tél. : 06 62 37 63 90 Total des frais engagés : 780,80 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Complément

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 : Casablanca

Le : 26/10/2015

Signature de l'adhérent(e) : Adh

ACCUEIL

# 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 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 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 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 HACHEM Radwan

N° Affiliation : 111071811 رقم الإنخراط :

N° Immatriculation : 11107161251 رقم التسجيل :

N° CIN : B 881040 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) \* علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له \*

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 58 Nahallad Akli Res Jan Nahal Bengafne Casablanca

Montant des frais (Dhs) : 750, 80 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 1 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BENHACHEM LAORAT المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : BENHACHEM LAORAT الاسم والعائلي والشخصي

Date de naissance : 11/11/1968 تاريخ الإزدياد :

N° CIN : 11107161251 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe \* : M ☐ ذكر F ☒ أنثى الجنس \* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 111071612 الرقم الوطني الإستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD \* : Oui ☐ Non ☐ قبول المرض المزمن :

N° Dossier ALD \* : 11107161251 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : 11107161251 رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires \* ☐ علاجات خارجية \* Plu confidentiel remis \* : Oui ☐ Non ☐ تم تقديم الظرف المغلق :

Hospitalisation \* ☐ استشفاء \* Date d'hospitalisation : 11/11/2020 تاريخ الاستشفاء :

أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه  
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant.  
Fait à : Casablanca le : 28/11/2020  
Tوقيع (لها)  
Signature de l'assuré (e)

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه  
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.  
Fait à : Casablanca le : 28/11/2020  
Tوقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية  
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'établissement de soins.  
Docteur ABDELMOULI BOUIEB  
CARDIOLOGUE  
94, Rue Al Arab (Ex. Gay) Casablanca

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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعا كليا بيع هذا المطبوع



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

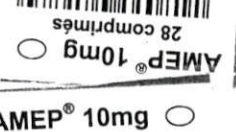
4 mois

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 )



XEDILOL 25 mg  
Boîte de 30 comprimés sécables  
AMM N°14815 DMP/21/NRQ



ECG

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

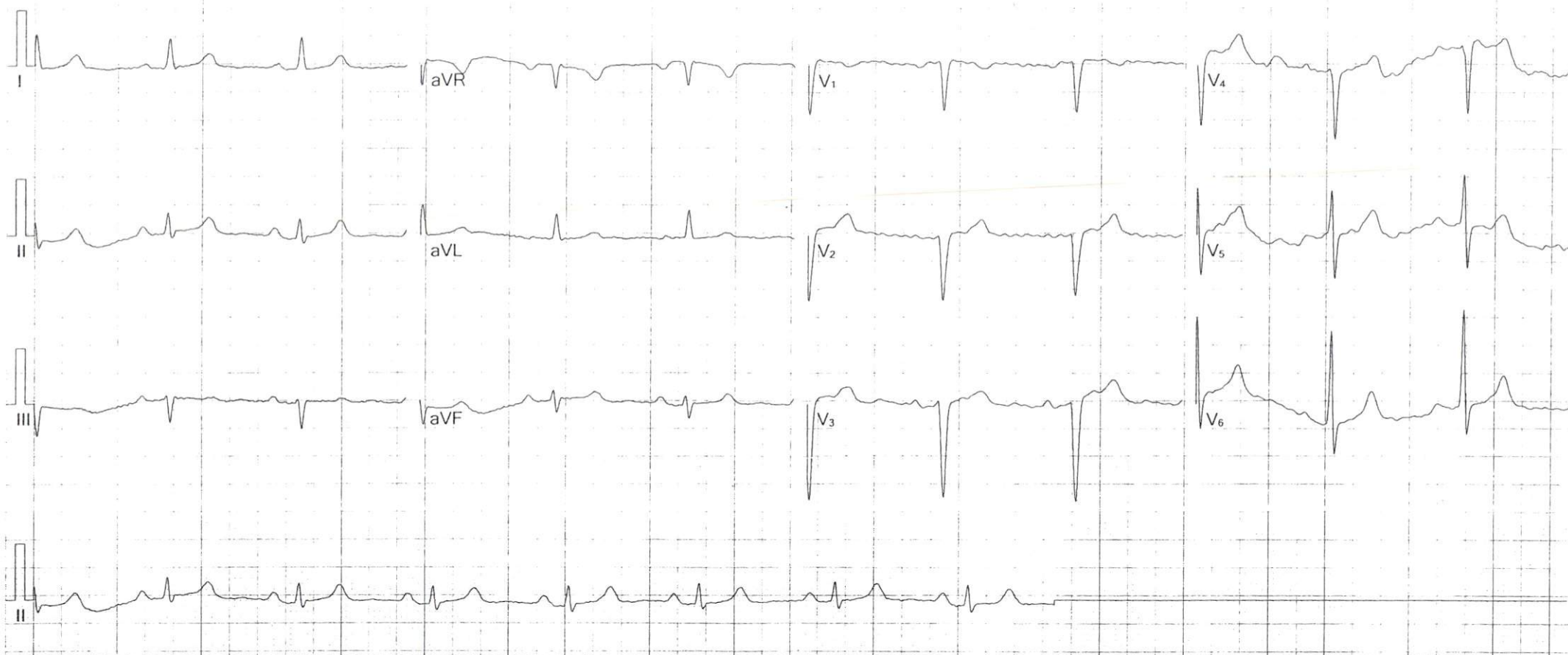
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél :05.22.48.37.91

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 Araâr (Ex. Gay Lussac)  
Mers Sultan - Casablanca 01  
Tél.C:022.48.37.91-GSM:061.15.62.45

Signature Médecin: