

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.

Éducation :

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.

Maladie chronique :

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- 0037523

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0433 Société : 46481

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Mme Guessous Naima Aïcha Yoti

Date de naissance :

Adresse : 109 Rue Lalla Haya Hay Salam

Tél. : 05 22 36 22 53 Total des frais engagés : 15 89,80 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Guessous Abderrazak 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 cause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

05 NOV 2020
ACCUEIL

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Etablir une feuille de soins par personne et par événement.

تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض ولكل حدث.

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).

يجب إرفاق ورقة العلاجات بجميع الوثائق الضرورية (وصفات طبية، فواتير، نتائج فحوص الأشعة أو المختبر).

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

يجب كتابة الاسم الكامل للشخص المعالج من طرف الممارسين على كل ورقة علاج.

Les prospectus et les PPM concernant les médicaments achetés doivent être joints aux ordonnances transmises.

يجب إرفاق ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأذنتها بالوصفات المرسلة.

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.

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.

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

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

Les risques liés aux accidents du travail et maladies professionnelles ne sont pas couverts.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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.

كل من ثبت عليه غش أو تصريح كاذب للإستفادة من خدمات غير مستحقة، سيعاقب طبقا للمساطر القانونية.

L'obligation de remboursement prise par la CNOPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.

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
Réf ANAM 1.1.02.01 مرجع رقم

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : GUESSEUS ABDERRAZZAK الاسم العائلي والشخصي :

N° Affiliation : 00171154 رقم الانخراط :

N° Immatriculation : 21410245761 رقم التسجيل :

N° CIN : 1111B781213 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) : Conjoint زوج Enfant ابن علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له :

Adresse : 109 RUE LALLA HAYA ANGLE RUE TAMARIS - HAY SALAM - CASABLANCA العنوان :

Montant des frais (Dhs) : 154980 مبلغ المصاريف (درهم) :

Nombre de pièces jointes : 15 عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : GUESSEUS ABDERRAZZAK المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : GUESSEUS ABDERRAZZAK الاسم العائلي والشخصي :

Date de naissance : 01/01/1983 تاريخ الازدياد :

N° CIN : 1111B781213 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Sexe : M ذكر F أنثى الجنس* :

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0310376124 الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :

Type de soins : نوع العلاجات

Admission ALD* : Oui Non قبول المرض المزمن :

N° dossier ALD* : 1168938111 رقم ملف المرض المزمن :

Code ALD : 1168938111 رقم المرض المزمن :

Soins ambulatoires* : علاجات خارجية* Plu confidentiel remis* : Oui Non تم تقديم الظروف المغلق :

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

Je atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه.

Fait à : CASABLANCA Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

le : 11/01/2020 Fait de :

Signature de l'assuré (e) توقيع المؤمن له (لها)

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية


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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع

description des actes effectués		وصف العمليات المجرة		Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie			عمليات الإحياء، الأشعة و الصور					
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع طبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant	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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste	
23/06/2020		E			Professeur H. EL KHAYAT جراح الكلى والمسالك البولية Chirurgien urologue 43 Av. 2 Mars Creablanche Tel.: 0522 47 14 47 Fax: 0522 47 14 48							

CIM - 10

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux										
23/6/23	849,80											
	INP : 03242654											
	INP : <table border="1" data-bbox="383 1236 616 1256"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
	INP : <table border="1" data-bbox="383 1463 616 1484"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

عمليات المساعدين الطبيين

Actes Paramédicaux

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 و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : 					
INP : 					
INP : 					



عيادة امراض
المسالك البولية 2 مارس

Docteur Hamid Fekak

Membre de l'European
Association of Urology et
de la Société Internationale
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie
des reins et des voies uro-
génétales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Sténose Pelvienne
et incontinence urinaire
- Infertilité masculine
et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser
des Calculs urinaires
- Circumcision
- Echographie et explorations
Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك

عضو الجمعية الأوروبية

والعالمية لجراحة الكلى

والمسالك البولية

• البريئة والفحص بالمنظار

للمسالك البولية والتناسلية

• إخصائي سرطان الكلى

والعانة والبروستاتا

• السليم البولي

• العقم والعقم التنسي

• الختان

• تثبيت بطور جراحة لخصي

الكلى والمسالك البولية

• الفحص بالصفي

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr

Professeur Hamid Fekak

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Ex-enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

Casablanca le 23/06/2020

Mr GUESSOUS Abderrazzak

UMAX 0,4 mg

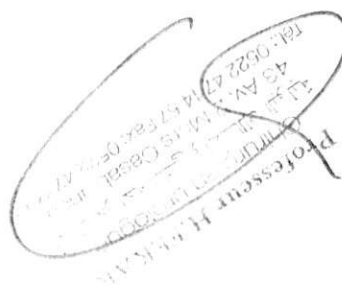
1 comprimé le soir au coucher, pendant 6 mois

12140
x 7



84980

RECEIVED
DIE MAIL AD
43, Avenue 2 Mars
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901





عيادة أمراض
المسالك البولية 2 مارس

Docteur Hamid Fekak
Membre de l'European
Association of Urology et
de la Société Internationale
d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie
des reins et des voies uro-
génétales, Laser Prostate
- Cancérologie Uro-génitale
- Statique Pelvienne
et incontinence urinaire
- Infertilité masculine
et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser
des Calculs urinaires
- Circumcision
- Echographie et explorations
Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك

عضو الجمعية الأوروبية

والعالمية لجراحة الكلى

والمسالك البولية

* الدراحة والفحص بالمنظار

للمسالك البولية والتناسلية

* اخضاعني سرطان الكلى

والمثانة والبروستاتا

* السليم البولي

* العقم والعجز الجنسي

* الختان

* تقنيات بدون جراحة لحصى

الكلى والمسالك البولية

* الفحص بالصدى

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr

Professeur Hamid Fekak

الدكتور حميد فكاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Ex. enseignant à la faculté de médecine de Casablanca
أستاذ جراحة الكلى والمسالك البولية

Casablanca le

23/06/2020

NOTE D'HONORAIRES

Nom et Prénom : Mr GUESSOUS Abderrazzak

Nature de l'acte :

✓ Consultation

=300dhs

✓ Echographie renale et vesico-prostatique=400dhs

La présente note d'honoraires s'élève à la somme

De : Sept cents dirhams (700dhs).

Professeur H. FEKAK
Chirurgien Urologue
43 Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58
استاذ جراحة الكلى والمسالك البولية
43 Av. 2 Mars Casablanca
Tél : 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

ABDERRAZAK

GUESSOUS

Né le 01.01.1936

à OUJDA

Valable jusqu'au 24.10.2018

المدير العام للأمن الوطني
الشرقي المبريص

عبد الرزاق
كسوس
مزداد بتاريخ
ب وجدة
صالحة الى غاية

B7823

MD

الصندوق الوطني لمنظمات
الاحتياط الاجتماعي
CNOPS - RABAT

POLICE

Nom : GUESSOUS

Prénom : ABDERRAZAK

Né (e) le : 12/09/36

Org. : RETRAITE

Immatriculation رقم التسجيل S. O. M. / Etab. / Pens.

241 025761

Affiliation رقم الانخراط Date affiliation

007152 الرئيس 01/12/57

ROYAUME DU MAROC
CARTE NATIONALE D'IDENTITE

المملكة المغربية
البطاقة الوطنية للتعريف

NAIMA

JOTI

Née le 03.03.1941

à OUJDA

Valable jusqu'au 23.10.2018

المدير العام للأمن الوطني
الشرقي المبريص

نعيمة
جوتي
مزدادة بتاريخ
ب وجدة
صالحة الى غاية

B9125

FA

Valable jusqu'au 24.10.2018

صالحة الى غاية

ابن عبدالسلام بن بناصر

و زوييدة بنت عبدالسلام

Fils de ABDESSLAM ben BENNASSER

et de ZOUBIDA bent ABDESSELAM

العنوان 109 زقة عين لالة حية زاوية زقة طماريس حي السلام البيضاء

Adresse 109 RUE AIN LALLA HAYA ANGLE RUE TAMARIS-HY ESSALAM
CASA

N° état civil 1560/1955/1955 رقم الحالة المدنية Sexe M الجنس



Conjoint (الزوج)

JOTI NAIMA

18/03/59

SANS

الاسم والنسب

متزوج (ة) بتاريخ

المهنة

الابناء



تاريخ الزيادة

الاسم

تاريخ الزيادة

الاسم

24/09/79 HANAE

N° B9125 رقم Valable jusqu'au 23.10.2018

صالحة الى غاية

بنت الهادي بن

و ازهور بنت ادريس

Fille de EL HADI ben

et de ZHOR bent DRISS

العنوان 109 زقة عين لالة حية زاوية زقة طماريس حي السلام البيضاء

Adresse 109 RUE AIN LALLA HAIA ANGLE RUE TAMARIS HY SALAM CASA

N° état civil 408/1952 رقم الحالة المدنية Sexe F الجنس



Caisse Nationale des Organismes
de Prévoyance Sociale
BP 209
10 AL KHALIL
10000 RABAT

RABAT, le 08/02/2016

MR GUESSOUS ABDERRAZZAK
SALAM
N109 R AIN LALLA HAYA HY
CASABLANCA
20200 CASABLANCA HAY HASSANI

Objet: Renouvellement automatique de l'exonération du ticket modérateur.
Réf : Dossier n°:16895864 du: 08/02/2016
Immatriculation:24025761
L'assuré: GUESSOUS ABDERRAZZAK
Bénéficiaire:GUESSOUS ABDERRAZZAK (01)


Madame, Monsieur,

Suite à l'expiration de l'accord cité en référence, nous avons l'honneur de vous faire part du renouvellement automatique de votre accord d'exonération du ticket modérateur selon les conditions et modalités fixées par voie réglementaire.

- N° de l'Accord: 16895864
- Code affection: T053
- Validité de l'Accord: du 22/03/2016 au 22/03/2021

Nous vous demandons de bien vouloir procéder au renouvellement de votre dossier un mois avant l'expiration de sa date de validité si vous ne recevez pas d'accord d'exonération du ticket modérateur.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

 Pour le Département du
Contrôle Médical
Signé
NID BELLA Rachid

COMITE : PP CASA

DATE.....

N° Reçu.....9743...../COMITE/2020

Affiliation.....

Adhérent :.....

Nombre de dossiers.....

Frais engagés :.....

Signature et cachet du trésorier :

N.B : ce reçu est exigé pour le règlement des Prestations.