

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Secteur général :

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.

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

- | | |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

64154

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8558 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veuve

Nom & Prénom : BEN HACHEM EL HAEROUNI Laïdat

Date de naissance : 15/9/45

Adresse : 58 Nakhalat Akil Res Dan Nakhl 4

Bouygues Conchâtre

Tél. : 06 6837 63 80 Total des frais engagés : 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 :

Le : 22/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



Instructions à suivre	تعليمات يجب اتباعها
Etablir une feuille de soins par personne et par événement.	تقديم ورقة العلاجات بالنسبة لكل مرض وكل 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 المعارسين 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 المشتراء وأسميتها 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 الدالة إلى التماضدية التي تتبعون 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 يوماً) 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 التعريف 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 طبقاً للمساطر القانونية.
L'obligation de remboursement prise par la CNOAPS est subordonnée au respect des conditions réglementaires et de ce qui précède.	حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الاجتماعي رهن باحترام الشروط القانونية وكل ما يلي ذكره.
Cachet et signature de la mutuelle	
توقيع و طابع التماضدية	
Identification de l'agent :	
Date de dépôt du dossier :	

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
Réf ANAM 1.1.01.01
مراجع رقم

N° Dossier : خاص بالمؤمن له (لها)

Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUNI dadhat
 رقم الاخراط : ٤٤١٠٧٨٤
N° Affiliation : ٤٤٩٦٠٧٦١٥٩٢
N° Immatriculation : ١٣٤٣٨٠٤١٥١
N° CIN : ١٣٤٣٨٠٤١٥١
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*

Conjoint ○ نزوج Enfant ○ ابن العناوين : 58, Nokallad Akil des Jan Nakrif
Boungaqba Casablanca
Montant des frais (Dhs) : ٣٤٣, ٩٥

نوع المصاري (درهم)
عدد الوثائق المرفقة :

Declaration du médecin traitant

Bénéficiaire de soins : BENHACHEM LADRI
Nom et prénom : BENHACHEM LADRI
Date de naissance : ١٩٤٥
N° CIN :
Sexe* : M ذكر ○ F أنثى ○ الجنس ○

Identification du médecin traitant

N° INP : ٤٤١٠٧١٠٤٢
نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق * : Oui ○ Non ○
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
أسباب الحادث :
الرقم الوطني الاستدلالي للممارس :
أضيق بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés ci - avant.
Fait à : Casablanca
le : ٠٩/٠٩/٢٠٢٠
تحقيق المؤمن له (لها)
Signature de l'assuré (e)

أضيق بمصداقية و صحة المعلومات المذكورة أعلاه .
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.
Fait à : Casablanca
le : ٠٧/٠٩/٢٠٢٠
توقيع و طابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية
Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins
Doctor :
* INP : Identification Nationale du Praticien
* Cocher la mention utile pour chaque case
* نطب الخانة
* CARIOLOGUE
* 94, Rue Al Araar Ex. Gay Lussac,
Mers Sultan - Casablanca 01
ف.ل.ج ٠٢٢.٤٩.٢٧.٩١/GSM.٠٥٦١٩٦٣٣٣
يمنع منعاً كاملاً طباعة هذا الملف

description des actes effectiés

وصف العمليات المجرأت

CIM - 10

مجرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

نوعي و طابع الصيدلي او معون التجهيزات الطبية Signature et Cagnot du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	العنوان 100, Bd Med El Meknassi Bou Casablanca - Tél. 05 22 27	العنوان Mme SIDI PHARMACIE DE L'A INP : 09 20 18 94	التاريخ الموقر Prix facturé	تاريخ التنفيذ Date d'exécution
07/05/2020	543,9	INP : 09 20 18 94	INP : 09 20 18 94	05/05/2020
07/05/2020	5050	INP : 09 20 18 94	INP : 09 20 18 94	05/05/2020
CARDOZI GENEZIS	09 20 18 94	INP : 09 20 18 94	INP : 09 20 18 94	05/05/2020

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء، الاشعة و الصور

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدتين الطبيتين

DR Abdelmoujib DOUIEB

CARDIOLOGUE

Diplomé de l'université de LYON

Diplômé en Echographie et Doppler Cardiaque

Membre de la Société Française de Cardiologie



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



Casablanca le : 07.09.202

RELAXOL 500MG/2MG
CP 820
P.P.V : 53DH10
6 118000 060833

Benhachem ladrat

95,00 x 2

Xedilol 25 : 1/2 cp / j matin

75,20 x 4
Amepl 10 : 1 cp/j matin

Relaxol 2cp x 2/j 17

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94,Rue Al Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 04
Tél.C:022.48.37.91-GSM:0611562445

53,10

523,80
4 mois

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme D'Aoudi
100, Bd Meknassi Bourgogne
Casablanca - Tel. 05 22 27 22 31



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)

ECG

CABINET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES DOCTEUR A. DOUIEB

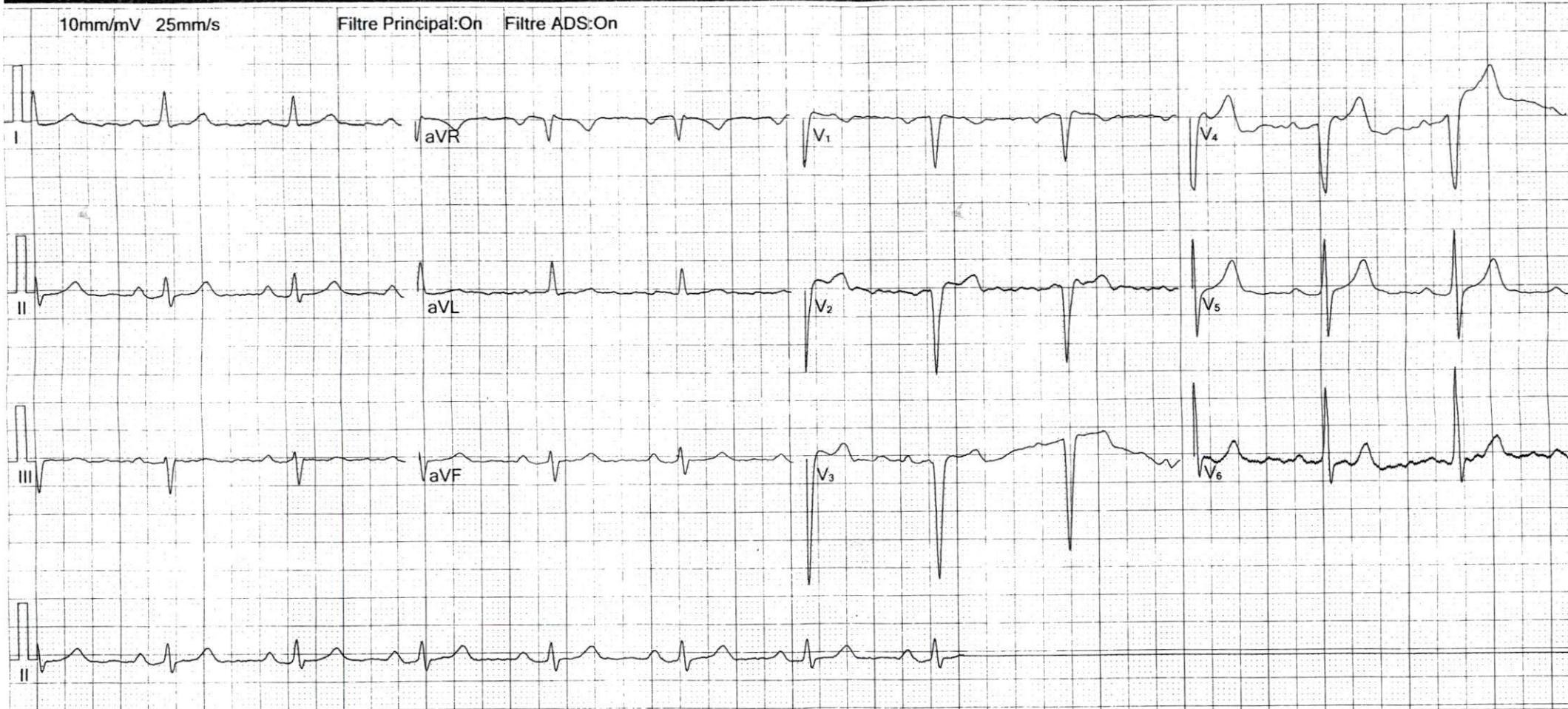
94 Rue Al Araar Mersultan Casablanca - Tél : 05.22.48.37.91

NOM: BENHACHEM LADRAT ID : CNOPS Sexe : Age : Date Test : 07-09-2020 10:49

Médecin Référent: DR A. DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal:On Filtre ADS:On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	436 ms
Durée Ech.:	7 s	Intervalle QTc :	453 ms
FC :	65 bpm	Axe P :	62.3°
Durée P :	130 ms	Axe QRS :	-11.8°
Durée QRS :	101 ms	Axe T :	47.1°
Durée T :	305 ms	RV5/SV1:	0.98/0.88mV
Intervalle PR :	210 ms	RV5+SV1:	1.87mV

Suggestion :

Docteur Abdellatif DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue Al-Arab (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca 01
Tél: 022.48.37.91 - GSM: 061.15.62.45

Signature Médecin: