

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- 067119

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BENVACHEM EL HARROUNI Radhat

Date de naissance : 12/9/45

Adresse : 58 Nakhal Akli Es San Nakhal 4

Boulogne Casablanca

Tél. : 06 68 37 63 20 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 :

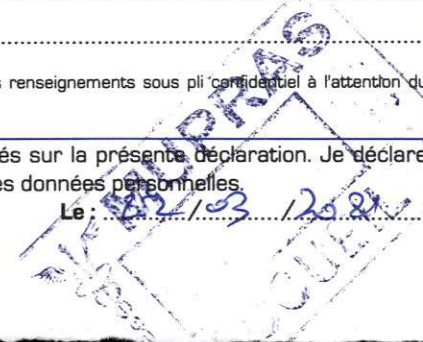
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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 participants eux mêmes sur chaque feuille de soins.

Les PPV et les codes à barres concernant les médicaments achetés doivent être joints aux dossiers de remboursement.

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 مستفيد 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 الثمن العمومي للبيع والردز الاستدلائي للأدوية المشتراة بملف التعويض.

يجب تقديم العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعاضدية التي تنتمون إليها في ظرف شهرين من تاريخ أول عمل طبي، ما عدا في حالة العلاج المستمر. في هذه الحالة، يجب تقديم الملف في حدود شهرين (60 يوما) من تاريخ انتهاء العلاج.

سيتم تعويض لمبالغ المصروفة على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه الشيش أو تصريح كاذب للإستفادة 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

الأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire
موجع رقم 1.1.01/01
Réf ANAM

N° Bordereau :

N° Dossier :

الاسم العائلي والشخصي

الاسم العائلي والشخصي

Nom et prénom :

N° Affiliation :

N° Immatriculation :

N° CIN :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐ ابنة ☐ * في المستفيد والمؤمن له

Adresse :

Montant des frais (Dhs) :

Nombre de pièces jointes :

Déclaration du médecin traitant

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

Nom et prénom :

Date de naissance :

N° CIN :

Sexe* : Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى ☐ * الجنس

N° INP :

Type de soins :

Maladie*	<input checked="" type="checkbox"/>	مرض*
Maternité*	<input type="checkbox"/>	أمومة*
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/>	إستشفاء*
Accident*	<input type="checkbox"/>	حادثة*

<p>أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.</p> <p>Fait à : حرر بـ : Le : في : توقيع المؤمن له (ها) Signature de l'assuré (e)</p>	<p>أصرح بصدق وصحة المعلومات المذكورة أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.</p> <p>Fait à : حرر بـ : Le : في : توقيع الطبيب المعالج أو المندوب عنه Signature du médecin traitant ou de son représentant</p>
---	--

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

97, Rue El Araar (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - C. Sahlanca
Tél: 0522 48 97 97 7 62 5 8

<p>Cache et signature de la mutuelle</p> <p>Identification de l'agent :</p> <p>Date de dépôt du dossier :</p>	<p>توقيع وطابع التعاضدية</p> <p>تاريخ الإيداع :</p>
---	---

[illegible]

CIM - 10

Prescription des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facture	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : ٢٣٩٦٠	
	INP :	
	INP :	
	INP :	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

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
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					

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 وطابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][][]					



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

000066092383

Accusé de Réception

N° Réception : 66092383
(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 : 12/02/2021 10:58
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 1239,20
Nombre de pièces : 11
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :



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

000066092383

Accusé de Réception

N° Réception : 66092383
(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 : 12/02/2021 10:58
Lieu de réception : CASA SIEGE 40105
Valeur du dossier : 1239,20
Nombre de pièces : 11
Code Agent : M4M0088

Code Etablissement :
Etablissement :

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 : 04.02.2021

Benhachem Iadrat

Amep 10 : 1 boîte

Gel larmes : 4 boîtes

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue EL ARAAR (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58



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 Frat. eville (Bd Ghandi)

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 : 04.02.2021

Benhachem Iadrat

Amep 10 : 1 boîte

Gel larmes : 4 boîtes

2520
4100x4
23920
Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue EL ARAAR (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58

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)

Casablanca le : 04.02..2021

Diplômé de l'Université de LYON

Note d'honoraire 66/2021.

MME BENHACHEM LADRAT

ECHODOPLER CARDIAQUE

1000.00 DHS

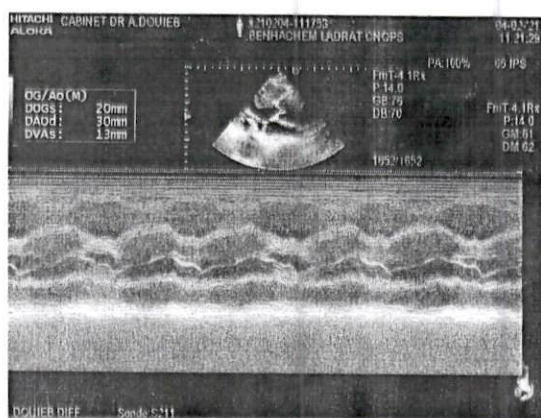
Arrêter la présente note d'honoraire à la somme de mille dirhams

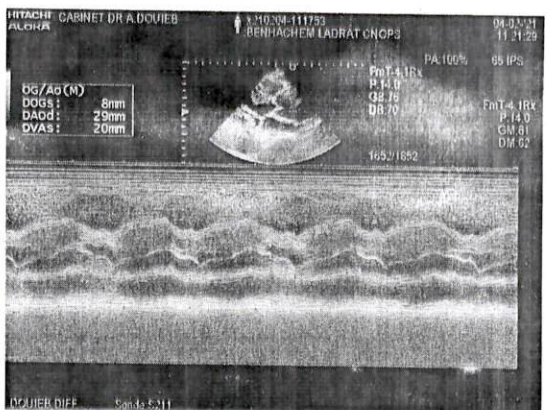
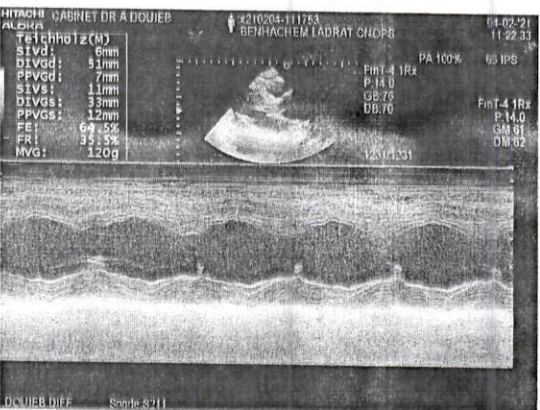
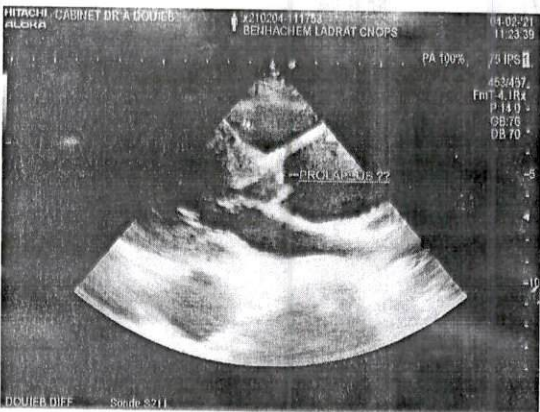
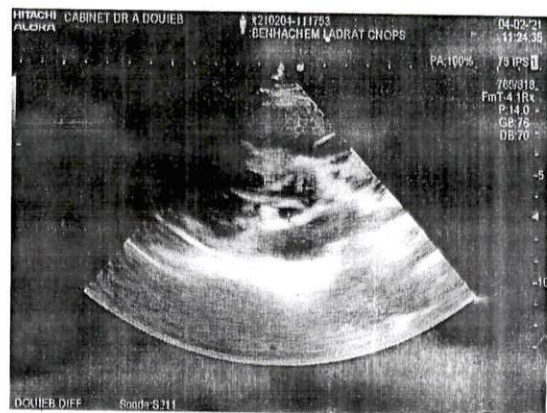
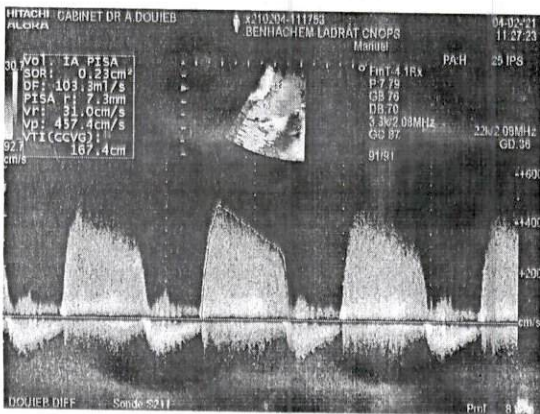
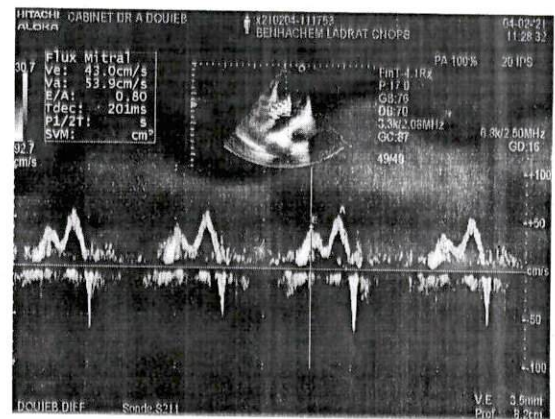
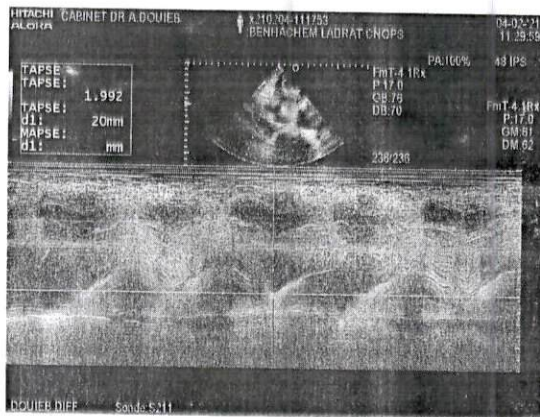
Dr . Douieb

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue El Arach (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 42 68

Nom Patient BENHACHEM LADRAT CNOPS
Médecin : DR DOUIEB ABDELMOUJIB
Date Exam.: 04-02-2021

Page-5



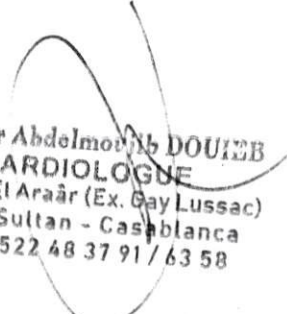


Nom Patient BENHACHEM LADRAT CNOPS
Médecin : DR DOUIEB ABDELMOUJIB
Date Exam.: 04-02-2021

Page -3

<Comments>

BON VG NORMOKINETIQUE FEVG A 62 %
vg non dilate petit bourrelet septal
pas delevation des pressions e remplissage du vg
IM MINIME
PROBABLE PROLAPSUS DE LA SIGMOIDE ANTERIEURE
FUIITE AORTIQUE MOYENNE AVEC UNE SOR A 0,2 C⁴2
PAS DE RA
AO DILATEE A 45 MM AORTE TUBULAIRE
BONNE FCT DU VD
PAS D'HTAP


Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58

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 : x210204-111753

04-02-2021

Nom : BENHACHEM LADRAT CNOPS

Infos Site

Descript d'Examen:

Médecin Traitant :

Médecin P. : DR DOUIEB ABDELMOUJIB

Echographis :

<Fonction VG mode M>

Teichholz

VEI

DC

DCI

FE

64.5%

FR

35.5%

MVG(Devereux)

120g

SC(DuBois)

Diastole

DIVG

51mm

SIV

6mm

PPVG

7mm

Systole

27mm

11mm

12mm

<OG/Ao(M)>

Diastole

Diam OG

30mm

Diam Ao

Diam VA

Systole

20mm

13mm

<Dop Valve Mitrale>

Dop Flux Transmitral

Pic E

43.0cm/s

Pic A

53.9cm/s

V Moy.

GPM

VTI

Tdec

201ms

P1/2T

SVM(P1/2T)

E/A

0.80

durA

VPdurA

VPdurA-durA

Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue El Araâr (Ex. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 63 58

Nom Patient BENHACHEM LADRAT CNOPS
 Médecin : DR DOUIEB ABDELMOUJIB
 Date Exam.: 04-02-2021

Page-2

<Dop Valve Aortique>

Dop Flux CCVG	
V Pic	
GPPic	
V Moy.	
GPm	
VTI	167.4cm
CCVG	
SCC(CCVG)	

Dop Flux Régurgitation Aortique	
V Pic	457.4cm/s
GPPic	83.7mmHg
V Moy.	334.1cm/s
GPm	48.0mmHg
P1/2T	273ms

Rayon PISA 7.3mm
 V.Alias IA 31.6cm/s
 VTI(RA)

Vol IA
 Flux IA D 103.3ml/s
 IA FR

SOR IA 0.23cm²
 IA PISA 3.33cm²

<Dop Valve Tricuspid>

Doppler Flux Régurg. Tricuspid	
V Pic	254.8cm/s
GPPic	26.0mmHg
VTI(IT)	
VTI(annVT)	
POD	5.0mmHg
Diam VT	

Rayon PISA
 V.Alias IT

Vol IT
 Flux IT D
 FR IT
 VC(VT)

SOR IT
 IT PISA

<Dop TDI PW>

TDI AM2
 Pic S1
 Pic Em 9.0cm/s
 Pic Am 9.0cm/s
 E/Ea 4.77

<Calculs Util>

TAPSE	TAPSE	:	1.992		
	TAPSE.d1	:	20mm		
VC	VC	:	4.5mm		
	VC	:	4.5mm		
AORTE	AORTE1	:	23mm	AORTE2	37mm
	AORTE3	:	42mm	AORTE4	46mm
	AORTE1	:	23mm	AORTE2	37mm
	AORTE3	:	42mm	AORTE4	46mm