

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.

Radiologie 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 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

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- 067572

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HAJJI Lahdet

Date de naissance : 12/9/45

Adresse : 58, Nakhalad Alkili Res. Dan Nakhal

Boulevard Casablanca

Tél. : 0668376340 Total des frais engagés : 11.000,00 Dh 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 : Casa Le : 9 / 4 / 2023

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|--------------------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| du 20/03/2023 au 30/03/2023 | 3 voir Facture | | 11.000,- |  |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

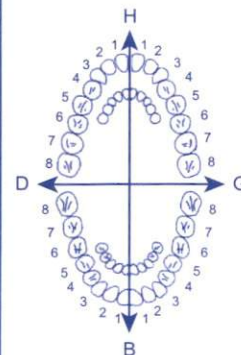
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

Dents
Traitées

Nature des
Soins

Coefficient



Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| H | |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | G |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |
| B | |

[Création, remont, adjonction]

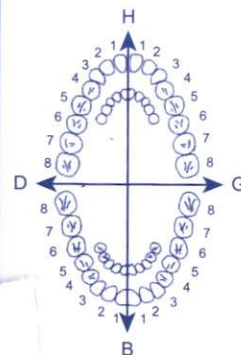
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Coefficient
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABLANCA, Le 29/03/2023



Etablissement : CLINIQUE BELLE VILLE
391 RD GHANDI
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Code Etab. : 0900430

: Accord de Prise en charge

: **BENHACHEM EL HARROUN LADRAT**

Matriculation : 44076025

Alcataire : **BENHACHEM EL HARROUN LADRAT**

N° de la Prise en charge : 79805006 Du 16/03/2023

Référence Décompte : 20230329CN9160 1

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous prions de trouver ci-après notre accord de prise en charge pour les actes suivants :

| Acte | Soins | Tarif Réf. | Coeff | Qté | TxRO % | Part CNOPS | Part assuré |
|-------|------------|---------------|-------|-----|-----------|---------------|----------------|
| | 16/03/2023 | 110000,00 | 1 | 1 | 90 | 99000,00 | 11000,00 |
| Total | | | | | | 99000,00 | 11000,00 |

JOINDRE AU DOSSIER DE FACTURATION COMPTE RENDU OPERATOIRE + VIGNETTE
VALVE.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Je vous prie de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS
10, Rue Al Khalil, B.P.209 - 10000, Rabat - Tel centre d'Appels : 05 39 00 20 20 - Fax : 05 37 70 61 71

ICE
Adresse

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE

CNOPS
NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT
NOM ADHERENT : BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT
SEJOUR : Du 20/03/2023 au 30/03/2023
MATRICULE : 44076025
REF. PEC : 79805106
COTATION : 99 000,00



FACTURE

202301842
Du : 30/03/2023

| Code | Prestation | Qté | Lettre Clé | Prix U. | Montant |
|------|-----------------------------|-----|---------------|----------------|------------|
| H785 | MONOREMPLACEMENT VALVULAIRE | 1 | | 110 000,00 | 110 000,00 |
| | | | | Total Facture | 110 000,00 |
| | | | | Part organisme | 99 000,00 |
| | | | | Part adhérent | 11 000,00 |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT-DIX-NEUF MILLE DIRHAMS

Arrêtée la part organisme à la somme de :

QUATRE-VINGT-DIX-NEUF MILLE DIRHAMS

Arrêtée la part adhérent à la somme de :

ONZE MILLE DIRHAMS

Notre compte bancaire :

BANQUE P AGENCE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71

Singature de l'adhérent :

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca - Tél: 06 61 33 39 99
L.FZ

PAYE PAR CHEQUE
N° 3172734 SUR 20/03/23
DE... C.E.H. Banque

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

| | | |
|---|--|---|
| PAIEMENT EFFECTUE PAR : ME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT | | Sejour : Du 15/03/2023 au 15/03/2023 |
| NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT | | |
| DATE DE NAISSANCE : 17/09/1945 | | |
|  | | |
| Reçu N°: 10528 | | |
| Païement du 20/03/2023 | | |
| Actes | | |
| Montant | | 11 000,00 Dh |
| Type de paiement | | Chèque |
| Numéro du chèque : | | 3172234 |
| Montant du chèque : | | 11 000,00 Dh |
| Banque : | | Crédit Immobilier et Hôtelier |

Imprimé par : ELDAHBI KHADIJA Le 20/03/2023 09h00



CIH BANK

PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Griseille Dulaus

Somme en toutes lettres

المبلغ مبيّن بالأحرف

إدفعوا مقابل هذا الشيك

A L'ORDRE DE

Clinique Belle Ville

PAYABLE A

يؤدى في

CASA CALAIS
27, RUE EL HOUDHOUD (EX RUE DE CALAIS)
CASABLANCA
05 22 48 12 71

COMPTE رقم الحساب

Casa

في
LE

20/3/2023

SIGNATURE

التوقيع

9055609 2110 044 00
MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

TCB 3172234

Chèque Série N°

LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

يجب ألا يصل التوقيع إلى الحيز الموجود أسفله

00003172234123078019055609211004400115

CIH BANK

PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Quatre Vingt Dix Neuf Mille

Somme en toutes lettres

المبلغ مبيّن بالأحرف

إدفعوا مقابل هذا الشيك

A L'ORDRE DE

Clinique Belle Ville

PAYABLE A

يؤدى في

CASA CALAIS
27, RUE EL HOUDHOUD (EX RUE DE CALAIS)
CASABLANCA
05 22 48 12 71

COMPTE رقم الحساب

Casa

في
LE

20/3/2023

SIGNATURE

التوقيع

9055609 2110 044 00
MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

TCB 3172235

Chèque Série N°

LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

يجب ألا يصل التوقيع إلى الحيز الموجود أسفله

00003172235123078019055609211004400115

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire
Chirurgie Endovasculaire
Phlébologie (VARICES)
Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور فؤاد الوردى

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين
فليبولوجيا (الدوالي)
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Casablanca le :

Identité : **BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT**

Diagnostic : Valvulopathie Aortique

Intervention : Remplacement Valvulaire Aortique par Valve Mécanique

Clinique : France VILLE

Chirurgien : Dr. EL OUARDI FOUAD

Anesthésiste : Dr. BENSGHIR BASSAM

C. R. O.

Anesthésie générale sternotomie médiane longitudinale ouverture du péricardre.
Héparinothérapie mise en place d'une circulation extracorporelle entre aorte et deux veines caves clampage aortique cardioplégie cristalloïde.
Ouverture de l'aorte initiale découverte d'une valve fuillante avec dilatation de l'aorte initiale résection de la valve aortique native, mise en place d'une valve mécanique double ailettes amarrée par douze fils pledjetés, fermeture de l'aorte initiale.

Déclampage aortique (35 min).

Sortie de CEC facile sans drogue, protamine, décanulation hémostase, fermeture plan par plan sur deux drains mediastinaux et électrodes myocardiques.

البكتري فؤاد الوردى
Dr Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio - Vasculaire
Abdelmoumen Centre Angle Bd Abdelmoumen
Agdal, 3e Etage - Bur N° 305
Tél: 0522 86 54 50

Abdelmoumen centre : Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual, 3ème étage - Bur 305 - Casablanca

Tél. : 0522 86 54 50 - Fax : 0522 86 31 11 - URGENCES : 0661 19 01 66

E-mail : elouardi@yahoo.fr - Site web : www.varices-casablanca.ma

CLINIQUE BELLE VILLE

CENTRE CARDIOVASCULAIRE

Casablanca

BULLETIN D'ENTREE / SORTIE

N° DE DOSSIER 2302546

NOM DU PATIENT Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT

MÉDECIN TRAITANT ELOUARDI FOUAD

PRISE EN CHARGE CNOPS

NUMERO PRISE EN CHARGE 79805106

DATE D'ENTREE 20/03/2023

DATE DE SORTIE 30/03/2023

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca - Tél: 0661 33399
L.FZ

Casablanca

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

202301842
Du : 30/03/2023

11 000,00

Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.I

Arrêt la présente à la somme de **ONZE MILLE DIRHAMS**

Signature de l'adhérent

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca - Tél: 06 61 333 99
L.FZ



CASABLANCA, Le 29/03/2023



Etablissement : CLINIQUE BELLE VILLE
391 BD GHANDI
20000 CASABLANCA CENTRE DE TRI

Code Etab. : 090064130

Objet : Accord de Prise en charge

Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025
Bénéficiaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
N° de la Prise en charge : 79805106 Du 16/03/2023
Référence Décompte : 20230329CN9160 1

Madame, Monsieur,

En réponse à votre demande, nous vous prions de trouver ci-après notre accord de prise en charge pour les actes suivants :

| Acte | Soins | Tarif Réf. | Coeff | Qté | TxRO % | Part CNOPS | Part assuré |
|-------|------------|---------------|-------|-----|-----------|---------------|----------------|
| H785 | 16/03/2023 | 110000,00 | 1 | 1 | 90 | 99000,00 | 11000,00 |
| Total | | | | | | 99000,00 | 11000,00 |

JOINDRE AU DOSSIER DE FACTURATION COMPTE RENDU OPERATOIRE + VIGNETTE
VALVE.

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

N.B Prière de mettre en référence le numéro de prise en charge sus-cité pour toute correspondance ultérieure avec la CNOPS
CNOPS 8-10, Rue Al Khalil, B.P.209 - 10000, Rabat - Tél centre d'Appels : 05 38 00 20 20 - Fax : 05 37 70 61 71