

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 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

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.

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 1558 Société :

Actif Pensionné(e) Autre : Venise

Nom & Prénom : HADJ Lachnat

Date de naissance : 12.1.3145

Adresse : 58, Rakhad Al-Hilal Rd. Dam Nahr

Boulevard Casablanca

Tél. : 0668 37 63 90 Total des frais engagés : 41 000,00 Dhs 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 : Casablanca Le : 9.1.2003

Signature de l'adhérent(e) :

M. HADJ Lachnat

RELEVE 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	7 voire 30/03/2023		11000,-	<i>Clinique Belle Vue 391, Bd Grandi Casablanca - Tel: 0661 933 99 L.FZ</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

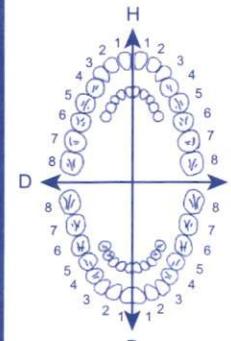
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

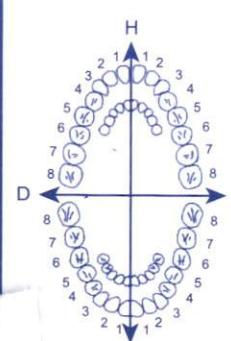


O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	21433552
25533412	00000000
B	
00000000 00000000	
35533411 11433553	

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



SA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



CASABIANCA, Le 29/03/2023



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

Code Etab. : 09004 30

: Accord de Prise en charge

: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

circulation : 44076025

titulaire : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

N° de la Prise en charge : 79805106 Du 16/03/2023

Référence Décompte : 20230329CN9160 1

Madame, Monsieur,

ponse à votre demande, nous vous prions de trouver ci-après notre accord de
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

JOINTURE AU DOSSIER DE FACTURATION COMPTE RENDU OPERATIF + VIGNETTE
VALVE.

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

te 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 - Tél centre d'appels : 05 38 00 20 20 - Fax : 05 37 70 61

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

INPE 090064130

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 AGENCIE ROMANDIE, RIB 190 780 21211 9265722 0005 71

Singature de l'adhérent :

Clinique Belle Ville
391, Bd. Ghandi
Casablanca - Tel: 066133399
L.FZ

PAYE PAR CHEQUE
N°. 317234 SUR 29/03/2023
DE...G.E.H. Banque

CLINIQUE BELLE VILLE
CENTRE CARDIOVASCULAIRE
Casablanca

PAIEMENT EFFECTUE PAR : ME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT
NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT
DATE DE NAISSANCE : 17/09/1945

Sejour : Du 15/03/2023 au 15/03/2023



Reçu N°: 10528

Paiement 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





PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Grize Mille Dirhams

Somme en toutes lettres

المبلغ مبين بالحروف

إدفعوا مقابل هذا الشيك

DH 11 000,00 درهم

A L'ORDRE DE

PAYABLE A

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

يؤدي في

COMPTE رقم الحساب

9055609 2110 044 00
 MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

Pesa

في LE

SIGNATURE

التوفيق

20/3/2023

Chèque Série N°

TCB 3172234

LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

0000317223423078049055609211004600415

يجب الإيصال التوقيع إلى الميز الموجود أسفله



PAYEZ CONTRE CE CHEQUE

Centre Vingt Dix Neuf Mille

Somme en toutes lettres

المبلغ مبين بالحروف

إدفعوا مقابل هذا الشيك

DH 99 000,00 درهم

A L'ORDRE DE

Clinique Belle Ville

يؤدي في

COMPTE رقم الحساب

9055609 2110 044 00
 MME BENHACHEM EL HARROUNI LADRAT

Pesa

في LE

SIGNATURE

التوفيق

20/3/2023

PAYABLE A

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

TCB 3172235

Chèque Série N°

LA SIGNATURE NE DOIT PAS ATTEINDRE LA ZONE CI-DESSOUS

00003172235423078049055609211004600415

يجب الإيصال التوقيع إلى الميز الموجود أسفله

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 الوردي

جراح سابقًا بمستشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب والشرايين

جراحة القلب والشرايين
فليبيولوجيا (الدولي)
العلاج بالليزر والموجات 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.

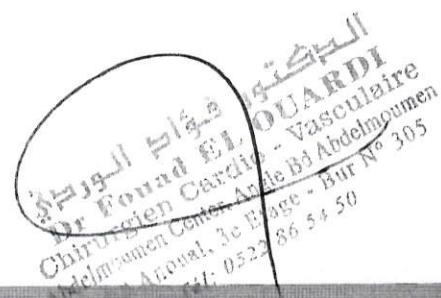
Anesthésie générale sternotomie médiane longitudinale ouverture du péricarde.

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.



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 - Tel: 0661 33399
L.FZ

CLINIQUE BELLE VILLE

CLINIQUE CARDIOVASCULAIRE

Organisme de PEC : CNOPS

NOM DU PATIENT : Mme BENHACHEM ELHARROUNI LADRAT

SEJOUR : Du 20/03/2023 au 30/03/2023

Casablanca

TICKET MODERATEUR SUR FACTURE

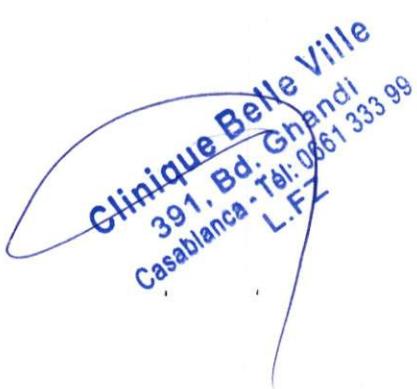
202301842

Du : 30/03/2023

11 000,00

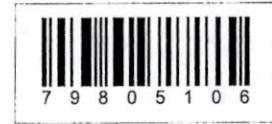
Ventes en exonération de la TVA suivant l'article n°91-VI-1° du C.G.IArrêt la présente à la somme de **ONZE MILLE DIRHAMS**

Signature de l'adhérent





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

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

Veuillez 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