

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.

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



MUPRAS
Mutuelle de Prévoyance
& d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

Déclaration de Maladie

M23-002292

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 068376320 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 :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)









Information

EN COURS DE TRAITEMENT **2**

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

i Uniquement les dossiers payés des derniers 6 mois sont affichés.

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Date Paiement	Mode Paiement	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
 2	-	04/04/2023	Virement	-	2 293,30	1 555,00	225,70	1 780,70
 1	-	02/03/2023	Virement	-	638,30	482,70	50,00	532,70
 1	-	22/01/2023	Virement	-	393,30	175,79	53,91	229,70
 1	-	01/12/2022	Virement	-	3 900,00	1 320,00	30,00	1 350,00
 1	-	31/10/2022	Virement	-	2 211,50	1 590,50	180,00	1 770,50
 1	-	11/08/2022	Virement	-	822,50	681,50	50,00	731,50
 1	-	12/05/2022	Virement	-	380,00	120,00	30,00	150,00
 2	-	05/04/2022	Virement	-	2 185,60	1 562,69	270,51	1 833,20

الى السيد معالي وزير الداخلية مديرية مالية الجماعات المحلية

الموضوع: ملتمس حول الرسم على الأراضي الغير المبنية.

سلام تام بوجود مولانا الامام

و بعد،

فعلاقة بالموضوع المشار اليه أعلاه، يشرفني سيدي معالي الوزير ان أتقدم الى معاليكم بطليي قصد النظر فيه حيث انني تفاجأنا من لدن جماعة الدار البيضاء بتضريبي بالرسم على الأراضي الغير المبنية للرسم العقاري رقم 15951/س، واحيطكم علما اني حصلت على رخصة بناء للسكن الاقتصادي سنة 2013 و تعهدت باتفاقية مع الدولة لإنشاء السكن الاقتصادي بتاريخ 2013/06/26 و تسلمت رخصة السكن لشطرين الأول و الثاني سنة 2018 وباقي الأرض مستغلة من طرف شركة كاديكو عن طريق عقد كراء مند سنة 1985 فكان عائقالي ولم استطع اكمال البناء للشطر الثالث و الرابع و قمت بدعوى قضائية ضد شركة كاديكو وستجدون سيدي الوزير نسخة من الحكم القضائي، وعليه نطلب من معاليكم إعطاء اوامركم للجهات المختصة قصد اعفائي من هذا الرسم و لكم واسع النظر.

وتقبلوا سيدي معالي الوزير فائق التقدير و الاحترام .

و السلام

المرفقات:

- شهادة الملكية
- تصميم طوبوغرافي
- عقد الكراء
- رخصة البناء
- رخصة السكن
- اتفاقية

En vertu de l'article 73 de Loi 65-00 portant code de la Couverture médicale de base, La CNOPS est l'organisme gestionnaire de l'Assurance Maladie Obligatoire pour le personnel du secteur public. En vertu de l'article 83 de ladite Loi, les Mutuelles gèrent pour le compte de la CNOPS les soins ambulatoires (les dossiers de maladie)

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 2

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT **1**

Nb.Dossier(s)	Date de réception	- Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
2	-	-	5 106,10	1 452,00	290,00	1 742,00
79788610	16/03/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	3 806,10	812,00	130,00	942,00
79788659	16/03/2023	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 300,00	640,00	160,00	800,00

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens biologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65-00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE), les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

تعليمات يجب اتباعها

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة ويبرأ المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تضليل كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 06 63 34 63 20 N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

Nom et prénom: BENHACHEM EL HACHOUYI

N° Affiliation: 107161090 رقم الانخراط:

N° Immatriculation: 14412 11107811 رقم التسجيل:

N° CIN: 18 13 80 40 رقم بطاقة التعريف الوطنية:

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

Adresse: 58 Nakhl ad Akel Des Jan Nakhl العنوان:

Montant des frais (Dhs): 3941,00 إجمالي المصاريف (بالدرهم):

Nombre de pièces jointes: 4 عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Nom et prénom: 7^{me} HADJI-ADLA

Date de naissance: تاريخ الازدياد:

N° CIN: رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Sexe*: Masculin ☐ ذكر Féminin ☒ أنثى الجنس:

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) 0919353307 الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins: نوع العلاجات

Admission ALD*: قبول المرض المزمن: oui non

N° dossier ALD*: رقم ملف المرض المزمن: 11111111

Code ALD: رقم المرض المزمن: 1111

Soins ambulatoires*: علاجات خارجية * Pli confidentiel remis*: تم تقديم الطرف المغلق: oui non

Hospitalisation*: استشفاء * Date d'hospitalisation: تاريخ الاستشفاء: 11111111

Fait à: حرر ب: 0919353307

Le: في: 0919353307

Toutefois, je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصح مصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. أصح مصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent: _____

Date de dépôt du dossier: _____ تاريخ الإيداع:

* Cocher la mention utile pour chaque cas

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite

يمنع مطلقا بيع هذا النموذج


وصف العمليات المحررة

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

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										
29.09.22	3700. 095002044	 Zobir ISMAIL Opticien - Optométriste 58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55) Casablanca- Tél/Fax: 05.22.22.16.30										
	INP: <table><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><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><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والصور

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 : [][][][][][][][][]					

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

الدكتور عبد الحق بوشطة

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE

طب الجول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوجرافي

MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA

70, زقاق، علال بن عبد الله - الطابق الأول - الدار البيضاء

TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le

الدار البيضاء في

HADRI Adra 620/98

Casablanca, le jeudi 22 septembre 2022

UNE PAIRE DE LUNETTES + MONTURE :

PROGRESSIFS Organiques

Handwritten signature

Oeil Droit : $(100^{\circ} - 0,50) + 1,00$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(125^{\circ} - 0,75) - 2,00$, Addition + 3,00

HADRI Adra 620/98

Casablanca, le jeudi 22 septembre 2022

Small Optic
Zobir ISMAIL
Opticien - Optométriste
58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)
Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30

UNE PAIRE DE LUNETTES

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophthalmologiste

70, Rue Allal Ben Abdellah 1^{er} Etage
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Oeil Droit : $(100^{\circ} - 0,50) + 1,00$, Addition + 3,00

Oeil Gauche : $(125^{\circ} - 0,75) - 2,00$, Addition + 3,00

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Royaume du Maroc

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050



Accusé de Réception



N° de Dossier :

76603395

Date et heure : 03/10/2022 11:48

Nom et prénom Assuré :

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation :

44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40123

Valeur en Dirhams :

3 900,00

Nombre de pièces : 2

Code Etablissement :

Agent de réception : M4M0535

Nom Etablissement :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Royaume du Maroc

NO 58 RUE MOKALAD AKILI**RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU****CASABLANCA****CASABLANCA EL HANK****20050****Accusé de Réception****N° de Dossier :****76603395****Date et heure :03/10/2022 11:48****Nom et prénom Assuré :****BENHACHEM EL HARROUN LADRAT****Immatriculation :****44076025 / 040132545****Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:****BENHACHEM EL HARROUN LADRAT****/ 01****Type de dossier :****FEUILLE DE SOINS****Lieu de réception :****CASA SIEGE 40123****Valeur en Dirhams :****3 900,00****Nombre de pièces :****2****Code Etablissement :****Agent de réception :****M4M0535****Nom Etablissement :**

FACTURE 0001379

Ordonnance de Docteur :

Client ; M : HADRI ADRA

N° DE NOMENCLATURE CORRESPONDANT A LA PRESCRIPTION

	LOIN	PRES	BI-TRI&MULTIFOCAUX
D			431
G			431

DESCRIPTION

é	Désignation	Montant TTC
1	MONTURE	1300.-
2	VERRES Progressifs organiques Durex Antireflets	2400.-
TOTAL TTC		3700.-

e la présente Facture à la somme de:

-Trois mille sept cent dix-


Zobir SMAJL
Opticien - Optométriste
58, Av Mers Sultan (en face Alpha 55)
Casablanca - Tél/Fax: 05.22.22.16.30

58 Av Mers Sultan (en face alpha 55) Casablanca - MAROC - Tél/Fax : 05 22 22 16 30

RC : 350338 - Patente : 34190070 - IF : 40190513 - CNSS : 7013866 - ICE N° : 001791800000053

DOCTEUR ABDELHAK BOUCHTA

SPÉCIALISTE DES MALADIES ET CHIRURGIE DES YEUX

STRABOLOGIE-LENTILLES DE CONTACT-LASER-ANGIOGRAPHIE
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'OPHTALMOLOGIE

70, RUE ALLAL BEN ABDELLAH - 1ER ETAGE - CASABLANCA
TEL: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

الدكتور عبد الحق بوشطة

اختصاصي في أمراض و جراحة العيون

طب الحول-عدسة الاتصال-الليزر-انجيوغرافي
عضو الجمعية الفرنسية لأمراض العيون

70, زنقة علال بن عبد الله- الطابق الأول - الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Casablanca le 12/9/22 11.09.22 يضاء في

M Hana ADRA



Gel-Larmes
4 p x 2

Dr. Abdelhak BOUCHTA
Ophtalmologiste
70, Rue Allal Ben Abdellah - 1er Etage
Casablanca
Tél: 05 22 47 33 45 / 05 22 47 14 72

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعااضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل)

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعااضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعااضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين اسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب. 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

رقم الهاتف (اختياري): 06 6822 6380
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

الاسم العائلي والشخصي: ENHACHEM EL HACHOUJI

رقم الانخراط: 0716195

رقم التسجيل: 1141911111111111

رقم بطاقة التعريف الوطنية: B13801111

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج ☐ ابن ☐ Enfant ☐

العنوان: 58, Nakhalat AKEL, B. Jaa Nakhalat

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 539,00

عدد الوثائق المرفقة: 1

Declaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: ENHACHEM EL HACHOUJI

تاريخ الازدياد: 11/11/11

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 1141911111111111

الجنس: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels
et des Établissements de santé (INPE)

0901011111111111

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة
و مؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD*: oui ☐ non ☐

قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD*: 1111111111111111

رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD: 1111111111111111

رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية * ☐ Plu confidentiel remis* ☐ oui ☐ non ☐

تم تقديم الظرف المغلق:

Hospitalisation* ☐ استشفاء * ☐ Date d'hospitalisation: 11/11/11

تاريخ الاستشفاء:

Fait à: Casablanca

Fait à: Casablanca

Le: 11/11/11

Le: 11/11/11

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré (e)

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

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

توقيع وطابع الطبيب المعالج
أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant
ou de l'Établissement de soins

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent:

تاريخ الإيداع: 11/11/11

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite (يمنع منعاً كلياً بيع هذا المطبوع)

وصف العمليات المجراة

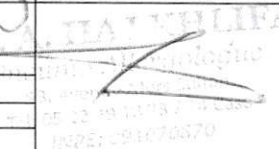
[illegible]

CIM - 10

جاءت الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعونة

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
22/2/23	<p>139,00</p> <p>INP: 092012434</p>	<p><i>[Signature]</i></p>
	<p>INP: </p>	<p>INP: </p>

عمليات الاحياء، الأشعة والصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العملية 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
21/22/23	712			2000	
INP : [][][][][][][][][]					
INP : [][][][][][][][][]					
- INP : [][][][][][][][][]					

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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

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

**Accusé de Réception**

N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07
Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

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



Accusé de Réception



N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07
Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

Royaume du Maroc

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



Accusé de Réception



N° de Dossier : 79491845 Date et heure : 01/03/2023 15:07
Nom et prénom Assuré : BENHACHEM EL HARROUN LADRAT
Immatriculation : 44076025 / 040132545
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT / 01
Type de dossier : FEUILLE DE SOINS
Lieu de réception : CASA SIEGE 40123
Valeur en Dirhams : 589,00 Nombre de pièces : 2
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

Abdelouahab HAJ KHLIFA

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية

دبلوم جامعي في أمراض
الشخير و التنفس في النوم

22 / 2 / 23
Casablanca, le في الدار البيضاء ،

N° 149200 EL HAJ KHLIFA

LAGRAI

139,00



2000 =

14 / 1

ou ou

145

PHARMACIE DE L'AVENIR
Mme EL HAJ KHLIFA
100, rue Méd El Meknessi Bourgoine
Casablanca - Tél. 05 22 49 18 73



[Handwritten signature]

Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض

الشخير والتنفس في النوم

22 / 2 / 23
Casablanca, le في الدار البيضاء

73 =

REV HAJ KHLIFA E LHAZ ROU

Compte rendu de radiographie
du thorax

LAJRAH

Cot 50 cm g. v. v3.

SB T. h. h. l. m. l. b. l.

Basal

202

Dr. A. HAJ KHLIFA
92, Avenue Mohamed VI
Tél: 05 22 85 12 15
INPE 091070870

Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)

Spécialiste de l'Appareil respiratoire

Allergies respiratoires

Diplôme universitaire

Sommeil et Ronflement

INPE 091070870

ICE 001726704000005

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)

أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي

الحساسية

دبلوم جامعي أمراض

الشخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 22/10/2023 في الدار البيضاء،

Note d'honoraires

Nom : BENHACHEN Prénom : LADRI

- Consultation : 2500
- Nébulisation :
- Radiographie du thorax = 2500
- Exploration fonctionnelle respiratoire : 2000
- Polygraphie ventilatoire :
- Poly-somnographie :
- Tests cutanés d'allergie : 4500



Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

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 مرض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأدمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات و الوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

كل من ثبت عليه غش 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

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

N° Bordereau :

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUNI Lathar
N° Affiliation : 10761025
N° Immatriculation : 4441118781
N° CIN : B13181410
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)* : Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 58, 17, Kalled El Akili Residence Dan Nakhil, Sana'a, Casablanca
Montant des frais (Dhs) : 333,30
Nombre de pièces jointes : 4
العنوان : 58, 17, Kalled El Akili Residence Dan Nakhil, Sana'a, Casablanca
مبلغ المصاريف (درهم) : 333,30
عدد الوثائق المرفقة : 4

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : Ben H A A
Nom et prénom : Ben H A A
Date de naissance : 1978
N° CIN :
Sexe* : M ☐ ذكر ☒ F أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : 0711010101
Type de soins :
Maladie* ☐ مرض*
Maternité* ☐ أمومة*
Hospitalisation* ☐ استشفاء*
Accident* ☐ حادث*
Pli confidentiel remis* : Oui ☐ Non ☐
Date de grossesse :
Date prévue d'accouchement :
Date d'hospitalisation :
Date d'accident :
Causes :
تم تقديم الظرف المغلق :
تاريخ الحمل :
التاريخ المرتقب للولادة :
تاريخ الاستشفاء :
تاريخ الحادث :
أسباب الحادث :

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

Fait à : Casa
le : 10/11/2022

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

أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه.
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : Casa
le : 10/11/2022

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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعااضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيدع :

وصف العمليات المجرات

[illegible]

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	الدين المفوتر Prix facturé	توقيع و طابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
09/12/22	143,30	<p>PHARMACIE DE L'AVENIR</p> <p>Mme DAOUDI</p> <p>109, Bd Med El Meknessi Bourgorins</p> <p>Casablanca - Tél. 05 22 21 21 31</p>
	092012434	

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

تاريخ العمليات Dates des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre cle + Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur Cle	المبلغ المقصور Montant facture	توقيع و طابع طبيب الأشعة أو الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

Actes Paramédicaux

عمليات المساعدين الطبيين

تاريخ الدخليات 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 : [][][][][][][][][][]					



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

Accusé de Réception

N° de Dossier :	77942895	Date et heure : 12/12/2022 11:48
Nom et prénom Assuré :	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	
Immatriculation :	44076025 / 040132545	
Nom et prénom Bénéficiaire/Rang:	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	/ 01
Type de dossier :	FEUILLE DE SOINS	
Lieu de réception :	CASA SIEGE 40131	
Valeur en Dirhams :	393,30	Nombre de pièces : 4
Code Etablissement :		Agent de réception : M4M0481
Nom Etablissement :		

Dr Abdelouahab HAJ KHLIFA

Diplômé des Facultés de Toulouse (France)
Spécialiste de l'Appareil respiratoire
Allergies respiratoires
Diplôme universitaire
Sommeil et Ronflement
INPE 091070870

الدكتور عبد الوهاب الحاج اخليفة

خريج كلية الطب بتولوز (فرنسا)
أخصائي في أمراض الجهاز التنفسي
الحساسية
دبلوم جامعي أمراض
الشخير و التنفس في النوم

Casablanca, le 9 / 12 / 22 في الدار البيضاء،

7 نس = Seratum Lactat
E.L. HAR (Ruvv)

49,00

Docinox = 3V
100 x 315

79,70

2,thuc x 5V =
24 15 x 315

14,60

Je 20ma 3V =
21 x 315

143,30

PHARMACIE DE L'AVENIR
Aline D. LOUDI

100, Bd Med El Mokrouss, Casablanca
Casablanca - Tel. 05 22 49 18 73 / 05 22 49 18 47

93، شارع مرس السلطان الار البيضاء - الهاتف 05.22.49.18.73 / 05.22.49.18.47 المستعجلات 06.63.05.51.17
Email : abdelouahabhajkhelifa@gmail.com

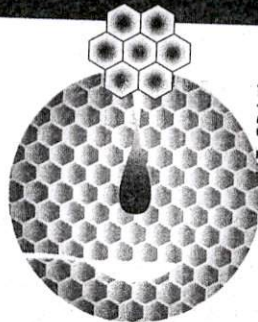
DociVox

Sirop naturel
sans conservateur

AUX EXTRAITS DE PROPOLIS
ET DE PLANTES
(THYM-MAUVE-MELEZE)

Goût miel-menthe

- Apaise et dégage les voies respiratoires
- Adoucit la gorge irritée en cas de toux
- Renforce les défenses naturelles



125 ml

Deva

LOT: 220691
DLUO: 09/2025
49,00 DH

ZITHROMAX 500 mg

3 comprimés



6 118000 250500



6 111269 050058

Instructions à suivre

تعليمات يجب اتباعها

La feuille de soins doit être renseignée, signée et accompagnée des pièces originales nécessaires (ordonnance médicale, factures, codes à barres, etc.);

Les résultats des analyses biologiques ne sont pas exigés lors du dépôt des dossiers de demande de remboursement au niveau de votre Mutuelle. Les résultats des examens radiologiques ne sont pas également exigés sauf pour des cas précis (Visitez le site de la CNOPS pour plus de détail);

La feuille de soins doit porter l'INPE du médecin traitant et des professionnels de soins, ainsi que leur cachet, leur signature et la date des actes;

Le remboursement des dossiers de maladie s'effectue sur la base de la Tarification Nationale de Référence;

Le dossier de remboursement doit être adressé ou présenté à votre mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il s'agit d'un traitement continu. Dans ce cas, le dossier doit être présenté dans les 60 jours qui suivent la fin du traitement;

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. (Article 135 de la Loi 65 - 00);

Pour plus d'informations, visitez le site www.cnops.org.ma ou le site de votre mutuelle.

Pour l'Assurance Maladie Obligatoire des Etudiants (AMOE) les bénéficiaires doivent renseigner leurs noms, le n° de la CIN et adresser le dossier de remboursement à la CNOPS au 4, rue Al KHALIL, B.P 209- Rabat.

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقيع عليها وإرفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسلية للأدوية، إلخ...).

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التعاضدية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الإشعاعية إلا في بعض الحالات الخاصة (زوروا موقع الصندوق للتعرف على المزيد من التفاصيل).

يجب أن تحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وباقي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختمهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي.

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح التعاضدية التي تنتمون إليها خلال الشهرين المواليين لتاريخ إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوما ابتداء من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الإخلال بالعقوبات المنصوص عليها في القانون الجنائي، كل من ثبت في حقه غش أو تصريح كاذب للاستفادة من خدمات غير مستحقة (المادة 135 من القانون 65-00).

للمزيد من المعلومات، يمكنكم زيارة الموقع الإلكتروني للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاضدية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE) يجب على المستفيدين تدوين إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية و إرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : تاريخ الإيداع :



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 68 37 63 20
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BENHACHEM EL HARROUNI Leharat

رقم الانخراط: 1110171811

رقم التسجيل: 442107160125

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 61389441

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة): Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

العنوان: 58, Jkalled Akili R. Dan Nakhil

إجمالي المصاريف (بالدرهم): 638.30

عدد الوثائق المرفقة: 7

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

الاسم العائلي والشخصي: BENHACHEM EL HARROUNI Leharat

تاريخ الميلاد: 11/10/1981

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 61389441

الجنس: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE)

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

نوع العلاجات

Maladie* ☒ مرض*

Pli confidentiel remis*: oui ☐ non ☐

تم تقديم الظرف المغلق*:

Maternité* ☐ أمومة*

Date de grossesse:

تاريخ الحمل:

Hospitalisation* ☐ إستشفاء*

Date prévue d'accouchement:

التاريخ المرتقب للولادة:

Accident* ☐ حادث*

Date d'hospitalisation:

تاريخ الاستشفاء:

Date d'accident:

تاريخ الحادث:

Causes:

Fait à: ... حرر ب: ...

Le: 11/10/2023 في: ...

توقيع المؤمن (ة)
Signature de l'assuré(e)

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

Fait à: ... حرر ب: ...

Le: 05 Janv 2023 في: ...

أصرح بمصداقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه
Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

* ضع علامة في الخانة المناسبة

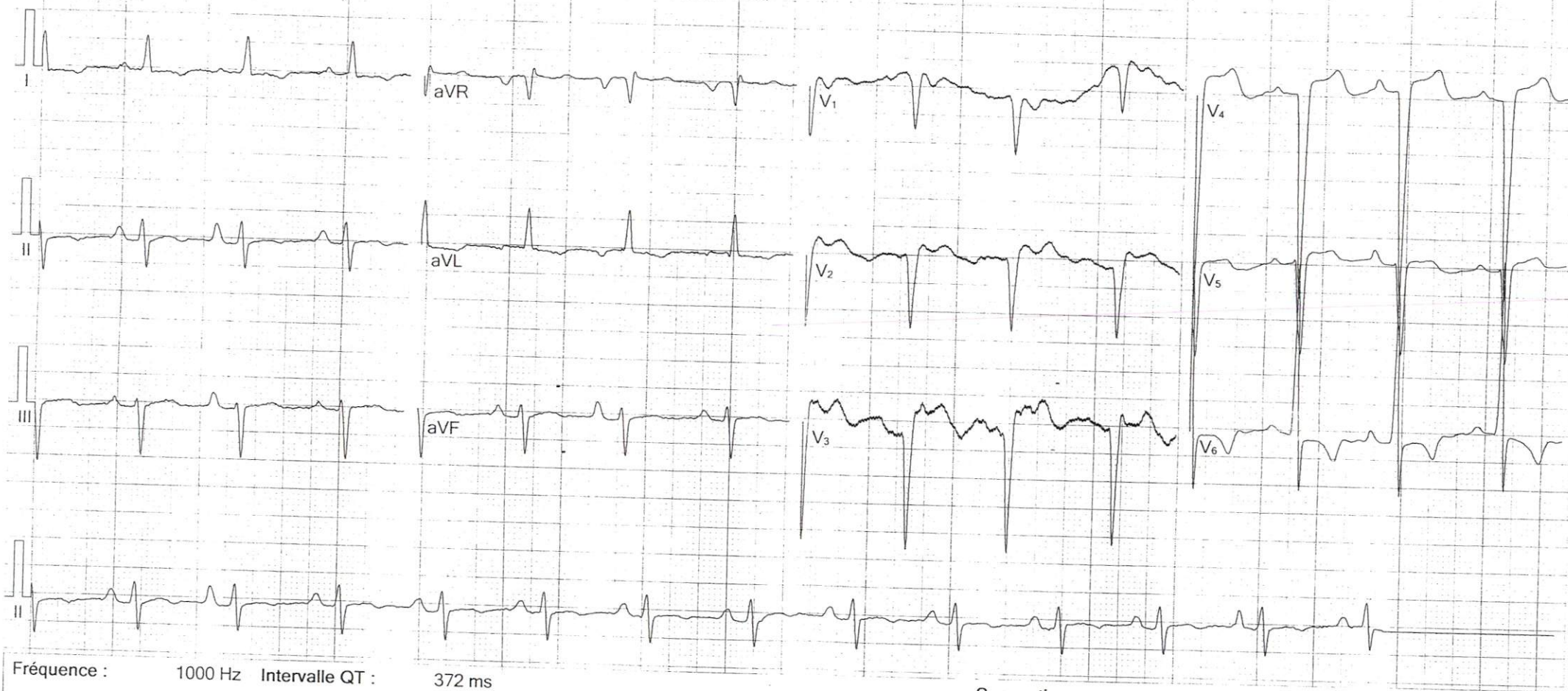
Tel: 0522 48

ECG

Cabinet d'explorations cardio-vasculaires Docteur Abdelmoujib DOUIEB
94 Rue Al Araar Rondpoint Mersultan - Casablanca - Tél : 0522483791 - 0522486358
NOM: BENHACHEM LADRAT ID : CNOPS Sexe : Age : Date Test : 06-01-2023 11:51
Médecin Référent: Docteur Abdelmoujib DOUIEB

10mm/mV 25mm/s

Filtre Principal: On Filtre ADS: On



Fréquence :	1000 Hz	Intervalle QT :	372 ms
Durée Ech.:	10 s	Intervalle QTc :	432 ms
FC :	81 bpm	Axe P :	63.7°
Durée P :	153 ms	Axe QRS :	-29.7°
Durée QRS :	98 ms	Axe T :	115.2°
Durée T :	244 ms	RV5/SV1:	0.03/0.00mV
Interval.PQ :	228 ms	RV5+SV1:	0.03mV

Suggestion :

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

Signature Médecin:

Urgences de nuit : Clinique Franceville

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 praticiens eux mêmes sur chaque feuille de soins.

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

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 مريض 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 ورقة التعليمات الخاصة بالأدوية المشتراة وأتمنتها بالوصفات المرسلة.

يجب تقديم ورقة العلاجات والوثائق الإثباتية إلى التعااضدية 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.

سيتم تعويض المبالغ المصروفة على أساس التعريف الوطنية المرجعية.

الأخطار الناجمة عن حوادث الشغل والأمراض المهنية غير قابلة للتعويض.

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

حق التعويض من طرف الصندوق الوطني لمنظمات الاحتياط الإجتماعي رهين باحترام الشروط القانونية وكل ما سبق ذكره.

توقيع وطابع التعااضدية	Cachet et signature de la mutuelle
Identification de l'agent :	
تاريخ الإيداع :	

N° Bordereau : N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUJ

N° Affiliation : 076025

N° Immatriculation : 442410781

N° CIN : B38040

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré (e) * : رابة بين المستفيد والمؤمن له *

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن

Adresse : 58 Nakellat Akil Ben Ben Nakel

Montant des frais (Dhs) : 221,30

Nombre de pièces jointes : 12

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : BEN HACHEM LAHRA

Nom et prénom : BEN HACHEM LAHRA

Date de naissance : 1945

N° CIN :

Sexe * : M ☐ ذكر F ☒ أنثى

Identification du médecin traitant

تعريف الطبيب المعالج

N° INP : INPE: 091045401

Type de soins :

Admission ALD * : Oui ☐ Non ☐

N° Dossier ALD * :

Code ALD :

Soins ambulatoires * ☐ علاجات خارجية * Pli confidentiel remis * : Oui ☐ Non ☐

Hospitalisation * ☐ استشفاء * Date d'hospitalisation :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci - avant. Fait à : le : 11/09/2022 توقيع المؤمن له (لها) Signature de l'assuré (e)	أشهر بصحة كل ما ذكر أعلاه Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritable Fait à : le : 11/09/2022 توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Établissement de soins.
---	--

Docteur Abdelmouh DOUËB CARDIOLOGUE

La vente de cet imprimé est formellement interdite

Mers Sultan - Casablanca

Tél: 0522 48 37 / 63 58

عمليات الإحياء، الأشعة و الصور

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 : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					
INP : <input type="text"/>					

CIM - 10

Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis

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 : [][][][][][][][][][]					

Dr Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
Diplômé de l'Université de LYON

Casablanca le : 14..09..2022

Note d'honoraire 497/2022

MME BENHACHEM LADRAT

CS + ECG 300.00 DHS

ECHODOPPLER CARDIAQUE 1000.00 DHS

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

Dr . Douieb

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

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 : 14.09.2022

Benhachem Iadrat



165,00 x 2
Candesartan GT 16 1 comp/j le matin

87,00 x 3
Nebilet : 1 cp / j le matin

114,30 x 2
Co anginib 2 btes

49,40
Amp 5 : 1 bte

41,00
Gel larme

9,11,56
4 mois

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O
PPV 87DH50

* VIGNETTE

NEBILET® 5mg
28 comprimés O

AMEP® 5mg
28 comprimés



Docteur Abdelmoujib DOUIEB
CARDIOLOGUE
94, Rue El Araar (N. Gay Lussac)
Mers Sultan - Casablanca
Tél: 0522 48 37 91 / 05 58

COOPER
PHARMA

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)

CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



CO-ANGINIB 50 mg/12,5 mg
30 Comprimés pelliculés



Date d'édition : 10/01/2023 12:36:15

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,APS BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050

N° de Dossier :

78513131

Nom et prénom Assuré :

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Immatriculation :

44076025 / 040132545

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang: BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

/ 01

Type de dossier :

FEUILLE DE SOINS

Lieu de réception :

CASA SIEGE 40127

Valeur en Dirhams :

638,30

Code Etablissement :

Nom Etablissement :

Agent de réception :

M4M0596

Nombre de pièces :

7

Royaume du Maroc



Accusé de Réception

