

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9558

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Vendor

Nom & Prénom :

HADRI

laddat

Date de naissance :

1945

Adresse :

53. Nokkla Alil Ben Abdellah
Boulevard Bab el Oued

Tél. :

0668 37 63 20

Total des frais engagés : 1000,00

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 au médecin conseil de la Mutuelle.

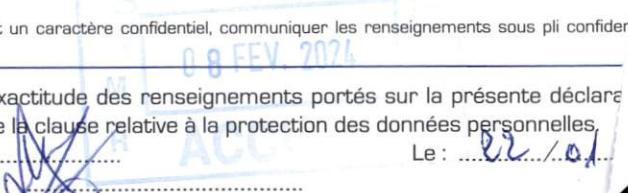
08 FEV 2026

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Le : 02/01

Signature de l'adhérent(e)



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.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التغطية

Identification de l'agent:
Date de dépôt du dossier: Tarih albiyat:

يجب تعبئة ورقة العلاجات والتوقع عليها وارفاقها بجميع الوثائق الأصلية الضرورية (الوصفة الطبية، الفواتير، الأرقام التسلسنية للأدوية، الخ...),

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

يجب أن تتحمل ورقة العلاجات الرقم الوطني الاستدلالي لهنفيي الصحة INPE الخاص بالطبيب المعالج وبأي مهنيي الصحة وتوقيعهم وختفهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي,

يتم التغطية عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

يجب إرسال أو إيداع ملف المرض لدى مصالح العascaضية التي تتبعها خلال الشهرين المولفين لتقديم تقارير إجراء أول عمل طبي إلا في حالة العلاج المستمر، حيث يتم احتساب أجل 60 يوماً ابتداءً من تاريخ انتهاء العلاج.

يعاقب بغرامة وبارجاع المبالغ المقووسة بغير حق دون الالتماع 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 للعascaضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطبية (AMOE) يجب على المستفيدين توبيخ إسمهم ورقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التغطية على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زنقة الخليل من بـ 209 الرباط.

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 68 37 63 20

قاصد بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: BENHACHEM EL HAROUNI LADIA

رقم الانخراط: 1110171811

رقم التسجيل: 1441910461019

رقم بطاقة التعريف الوطنية: 181 139 4441

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ة)*

Conjoint زوج Enfant ابن

العنوان: 58 Nakhalat Akli Bn. Dn. Nakhalat

Douzine Rabat

اجمالي المصاري (بالدرهم): 1000, 00

عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant

دокумент الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

الاسم العائلي والشخصي: BENHACHEM EL HAROUNI LADIA

تاريخ الازدياد:

رقم بطاقة التعريف الوطنية:

الجنس*: ذكر اثني Féminin

Identification du médecin traitant

N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE) 09-627029

نوع العلاجات

تم تقديم الظرف المغلق*:

تاريخ الحمل:

التاريخ المرتقب للولادة:

تاريخ الاستشارة:

تاريخ الحادث:

أسباب الحادث:

Type de soins
Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*
Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*
Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*
Accident* <input type="checkbox"/> حادث*

Pli confidentiel remis*: oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Date de grossesse:
Date prévue d'accouchement:
Date d'hospitalisation:
Date d'accident:
Causes:

Fait à: 09-627029	حرر ب: 09-627029
Le: 20/01/2014	في: 20/01/2014
توقيع المؤمن (ة)	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه
Signature de l'assuré (e)	J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

* Cocher la mention utile pour chaque case

ضع علامة في الخانة المناسبة*

البيع ممنوعاً كلياً بيع هذا المطبوع

La vente de cet imprimé est formellement interdite.

Description des actes effectués

وصف العمليات المجرأة

CIM - 10

جريدة الوصيّات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممولة Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

التاريخ التأميني Date d'exécution	الثمن المفوتر Prix facturé	توقيع وظابط الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	
	INP : [] [] [] [] [] []	

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | |

INP: | | | | | | | | |

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الاحياء الاشعية والصور

INP: | | | | | | | | |

Actes Paramédicaux

الطباطبائين المساعدين - عمليات

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

[INP: | | | | - | | | |]

INP: | | | | | | | |

5070

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 : 85161189 Date et heure : 04/01/2024 11:35
 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 : 1 000,00 Nombre de pièces : 1
 Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
 Nom Etablissement :

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire

Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire

Chirurgie Endovasculaire

Phlébologie (VARICES)

Traitements par laser & Radio fréquence



فؤاد الوردي

Dr. Fouad El Ouardi

جراح القلب والشرايين

و الشرايين

(الدولي)

و الموجات الصوتية

26/11/2012

FACTURE N° 6567

ECHO COEUR Mme. BENHACHEM EL HARROUNI LA

Prix : 1000 Dhs

الدكتور فؤاد الوردي
Dr Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio Vasculaire
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3^e Etage . Bur N° 305
Tél: 0522 86 54 50

Abdelmoumen Centre : Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3^{ème} Etage, Bur 305 -

Tél : 0522 86 54 50 - 0661 20 27 70 - URGENCES : 0661 19 01 66

E-mail : elouardif@yahoo.fr - www.varices-casablanca.ma

Compte rendu d'Echocoeur transthoracique

Ao: 30 mm
OG: 53 mm

SIV: 14 mm
PP: 13mm

VG: 55/ 34
FR: 33 %

FE: 52 %

- VG non dilaté, HVG ++, pas de trouble de la cinématique segmentaire e ni globale, bonne fonction systolique du VG ; FEVG : 52 % en Teicholtz.

Bon fonctionnement de la prothèse Mécanique en position aortique

Gr moy à 10 mmhg

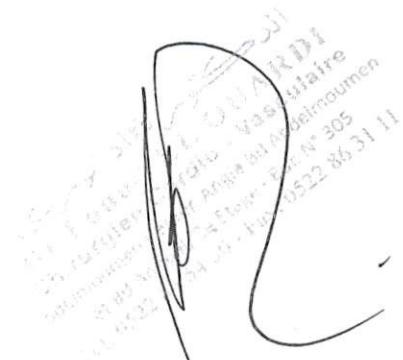
IAO MINIME

- Valves mitrales épaissies remaniés
 - o Pas de RM
 - o Fuite mitrale minime
- OG peu dilatée, SOG : 23cm² semble libre d'échos en ETT
- Cavités droites non dilatées ; IT grade I
- Bonne fonction systolique du VD
- VCI non dilatée et compliant
- Pas d'épanchement péricardique
- Aorte thoracique de dimensions normales dans ses segments visualisés
- PAPS à 25 mmhg

Au total :

Bon fonctionnement de la prothèse Mécanique aortique.

- o Bonne fonction systolique du VG. HVG
- o OG peu dilatée.
- o IT grade I ; pas d'HTAP



Information EN COURS DE TRAITEMENT 4 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

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 4 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

Nb.Dossier(s)	Date de réception	Bénéficiaire	Frais engagés	AMO	Mutuelle	Total
4	-	-	2 119,40	1 191,30	212,80	1 404,10
85161189	04/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 000,00	520,00	130,00	650,00
85213418	08/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	370,60	155,20	38,80	194,00
85455423	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	607,60	445,70	26,40	472,10
85455461	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	141,20	70,40	17,60	88,00

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré : [Télécharger](#)

★★★★★