

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 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 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 5ème 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



194062

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030714

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADRI Lachab

Date de naissance : 1945

Adresse : 58 Bd Khaled Abdelhak Ben Larbi

Dangane Casablanca

Tél : 06 68 37 63 20 Total des frais engagés : 14180 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 : Casablanca Le : 22/01/2024

Signature de l'adhérent(e) :

Instructions à suivre

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.

تعليمات يجب اتباعها

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 لتعرف 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 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 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 زنقة الخليل ص.ب 209 الرباط.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

N° du Tél (optionnel): 06 68 37 63 80

رقم الهاتف (اختياري):
خاص بالمؤمن له (ة)

Partie réservée à l'assuré(e)
Nom et prénom: BENHACHEM EL HARROUNI, Rachid
N° Affiliation: 11101781
N° Immatriculation: 1110178100915
N° CIN: 1913180410
رقم الانخراط:
رقم التسجيل:
رقم بطاقة التعريف الوطنية:

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e)*: Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐
علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (ة):
Adresse: 58 Nakhalat AK EL Bouda Watout
العنوان:
Montant des frais (Dhs): 141,20
إجمالي المصاريف (بالدرهم):
Nombre de pièces jointes: 1
عدد الوثائق المرفقة:

توقيع الطبيب المعالج

Déclaration du médecin traitant
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom: BENHACHEM EL HARROUNI, Rachid
Date de naissance:
N° CIN:
Sexe*: Masculin ☐ ذكر ☐ Féminin ☐ أنثى ☐
المستفيد من العلاجات
الاسم العائلي والشخصي:
تاريخ الميلاد:
رقم بطاقة التعريف الوطنية:
الجنس:

تعريف الطبيب المعالج

Identification du médecin traitant
N° de l'Identifiant National des Professionnels et des Établissements de santé (INPE): 091607009
الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins

Maladie* ☐ مرض *
Maternité* ☐ أمومة *
Hospitalisation* ☐ إستشفاء *
Accident* ☐ حادث *

نوع العلاجات
تم تقديم الظرف المغلق*: oui ☐ non ☐
Date de grossesse:
تاريخ الحمل:
Date prévue d'accouchement:
التاريخ المرتقب للولادة:
Date d'hospitalisation:
تاريخ الاستشفاء:
Date d'accident:
تاريخ الحادث:
Causes:
أسباب الحادث:

Fait à: حرر بـ:
Le: في:
توقيع المؤمن له (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 بـ:
Le: في:
أشهاد بصحة وصدق 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

La vente de cet imprimé est formellement interdite

ضع علامة في الخانة المناسبة
يمنع متعا كليا بيع هذا المطبوع

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:



Date d'édition : 19/01/2024 12:14:25

Accusé de Réception



Date et heure : 19/01/2024 12:14

82422461

N° de Dossier :

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Nom et prénom Assuré :

44076025 / 040132245

Immatriculation :

BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Nom et prénom Bénéficiaire/Rang :

/ 01

FEUILLE DE SOINS

Type de dossier :

CASA SIEGE 40113

Lieu de réception :

141,20

Valeur en Dirhams :

Nombre de pièces : 7

Agent de réception : MAM1194

Code Etablissement :

Nom Etablissement :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,APS BOU

CASABLANCA

CASABLANCA EL HANK

20050

Royaume du Maroc



AMO

Dr. Fouad EL OUARTI

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 سابقاً بمستشفيات رين بفرنسا

أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين

قلبيولوجيا (الدوالي)

العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

Laurent
Ben Hedouel
El Hamoui

Dr. I.M.

Laboratoire L. A. M. B.
136, Rue de la République
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 99

الدكتور فؤاد الوردي
Dr Fouad EL OUARTI
Chirurgien Cardio - Vasculaire
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3^{ème} Etage - Bur. N° 305
Tél: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11

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

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

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

Chirurgien Cardio-Vasculaire

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire

Chirurgie Endovasculaire

Phlébologie (VARICES)

Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور فؤاد الوردی

جراح سابقا بمستشفيات رين بفرنسا

أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين

فلبولوجيا (الدوالي)

العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

BENHACHEN

EL HARROUNI

LADRATI

1210124

TRI

L. A. Laboratoire Bourgeois
 136, Résidence Bourgeois
 Tel: 0522 20 81 00 - 0522 20 80 99
 Fax: 0522 20 81 00 - Casa
 anal. des
 analyses Medicales
 136, Résidence Bourgeois
 Tel: 0522 20 81 00 - 0522 20 80 99
 Fax: 0522 20 81 00 - Casa

البورتو في بلاد البورتو
 Dr. FOUAD EL OUARDI
 Chirurgien Cardio - Vasculaire
 Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen
 Bd Anoual, 3e Etage - Bât N° 305
 Tel: 0522 86 54 50

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

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

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

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 240000110

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 17-01-2024

IF: 15231383

N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N°CNSS: 4430534

Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI

Demande N° 2401170009

Date de l'examen : 17-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0236	Taux de prothrombine	B40	B

Total des B : 40

TOTAL DOSSIER : 70.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams soixante centimes

L. A. MB - 33
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen Rd. Bourgogne
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 81 00 - Fax: 0522 20 81 00
Carré 09

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100
@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 240000108

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 10-01-2024

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI

Demande N° 2401100006
Date de l'examen : 10-01-2024

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0236	Taux de prothrombine	B40	B

Total des B : 40

TOTAL DOSSIER : 70.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-dix dirhams soixante centimes

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen / 4, Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax 0522 20 81 00 - Casa

[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](#)

☆☆☆☆☆

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 4

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
1	-	08/01/2024	Virement	-	551,00	480,20	17,60	497,80
1	-	14/12/2023	Virement	-	141,20	70,40	17,60	88,00
1	-	31/10/2023	Virement	-	603,80	175,79	53,91	229,70
2	-	05/10/2023	Virement	-	1 056,30	590,16	42,24	632,40
82433778	10/08/2023	Payé en : 56 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	336,10	214,86	33,44	248,30
	10/08/2023	Payé en : 56 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	720,20	375,30	8,80	384,10
82433811	-	28/06/2023	Virement	-	2 441,60	1 457,75	214,55	1 672,30
81076940	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	70,60	35,20	8,80	44,00
	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	2 371,00	1 422,55	205,75	1 628,30
81076497	-	12/06/2023	Virement	-	612,80	387,51	106,49	494,00
2	-	02/05/2023	Virement	-	5 106,10	1 452,00	290,00	1 742,00
2	-	04/04/2023	Virement	-	2 293,30	1 555,00	225,70	1 780,70
79491843	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	589,00	345,30	95,70	441,00
	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 704,30	1 209,70	130,00	1 339,70
79491934	-	-	-	-	-	-	-	-