

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.

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



194773

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030710

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve

Nom & Prénom : HADJI Rachat

Date de naissance : 1945

Adresse : 58 Achallad Akali Res Dar Nakla F

Bourgogne Casablanca

Tél : 0666376380 Total des frais engagés : 320.60 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 : 28 / 01 / 2024

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PRAFR05/V2/2010-2023

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 التعريف 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 وبارجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاخلال 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.



ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض Feuille de soins Maladie

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

رقم الهاتف (اختياري): 06 68 37 63 50
N° du Tél (optionnel):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (ة)

الاسم العائلي والشخصي: **Ben Hachem El Hachem**
Nom et prénom:

رقم الانخراط: **11197811**
N° Affiliation:

رقم التسجيل: **11197811**
N° Immatriculation:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **11197811**
N° CIN:

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

العنوان: **58 Sok. P. d. A.K.P. B. Dar Nakhal**
Adresse:

إجمالي المصاريف (بالدرهم): **37,60**
Montant des frais (Dhs):

عدد الوثائق المرفقة: **4**
Nombre de pièces jointes:

Déclaration du médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins

الاسم العائلي والشخصي: **Ben Hachem El Hachem**
Nom et prénom:

تاريخ الزيد: **11/11/11**
Date de naissance:

رقم بطاقة التعريف الوطنية: **11197811**
N° CIN:

الجنس: **ذكر**
Sexe*: Masculin ☐ أنثى ☐ Féminin

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

<p>Maladie* <input type="checkbox"/> مرض*</p> <p>Maternité* <input type="checkbox"/> أمومة*</p> <p>Hospitalisation* <input type="checkbox"/> إستشفاء*</p> <p>Accident* <input type="checkbox"/> حادث*</p>	<p>تم تقديم الطرف المغلق*: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Date de grossesse: <input type="text"/></p> <p>Date prévue d'accouchement: <input type="text"/></p> <p>Date d'hospitalisation: <input type="text"/></p> <p>Date d'accident: <input type="text"/></p> <p>Causes: <input type="text"/></p>
---	--

Fait à: **06/11/11** حرر ب:

Le: **06/11/11** 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-dessus.

Fait à: **06/11/11** حرر ب:

Le: **06/11/11** في:

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

* 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

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاضدية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:

وصف العمليات المجرة

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 الطبيب المعالج Signature et Cachet du médecin traitant
25/12/23	C + BCG			300	
28/12/23	C				

CIM - 10

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

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										
	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>											

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies - dixième révision

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات الإحياء، الأشعة والمصور

[illegible]

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

Information

EN COURS DE TRAITEMENT 4

PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
82433811	10/08/2023	Payé en : 56 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	720,20	375,50	8,80	394,10
- 2	-	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
81076497	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	2 371,00	1 422,55	205,75	1 628,30
■ 1	-	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
79491845	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	589,00	345,30	95,70	441,00
79491934	01/03/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	1 704,30	1 209,70	130,00	1 339,70

Dr. Fouad EL OUARDI

Chirurgien Cardio-Vasculaire

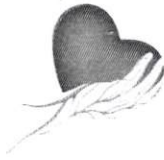
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

Chirurgie Cardiaque & Vasculaire

Chirurgie Endovasculaire

Phlébologie (VARICES)

Traitement par laser & Radio fréquence



الدكتور فؤاد الوردى

جراح سابقاً بمستشفيات رين بفرنسا

أخصائى في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين

فلبولوجيا (الدوالي)

العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

UAD PA
Ben Hadjel
21 Tbmouni

T? IN?

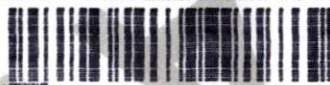
الدكتور فؤاد الوردى
Dr. Fouad EL OUARDI
Chirurgien Cardio - Vasculaire
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen
et Bd Anoual, 3^{ème} Etage - Bur N° 305
Tél: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11

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

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 : 85213418 Date et heure : 08/01/2024 11:26
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 40143
Valeur en Dirhams : 370,60 Nombre de pièces : 4
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0779
Nom Etablissement :

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 230003212

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 11-12-2023

IF: 15231383

N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N°CNSS: 4430534

Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI

Demande N° 2312110008

Date de l'examen : 11-12-2023

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



BENJACHTEN
EL HARROUNI
LADRA

Dr. Fouad EL GUARDI
Chirurgien Cardiaque - Vasculaire
Abdelmoumen Gharbi
et Bd Anouar St Elise - Bur N° 305
Tel: 9522 40 34 58