

# 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

194 174

M23- N° 0030713

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Veuve

Nom & Prénom :

HADY Abdellat

Date de naissance :

1965

Adresse : 58, Allal Ben Abdellah Rue Jan Nakhl  
Boulevard Casablanca

Tél. : 0668226320

Total des frais engagés : 480,40 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : HADY Abdellat Age :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

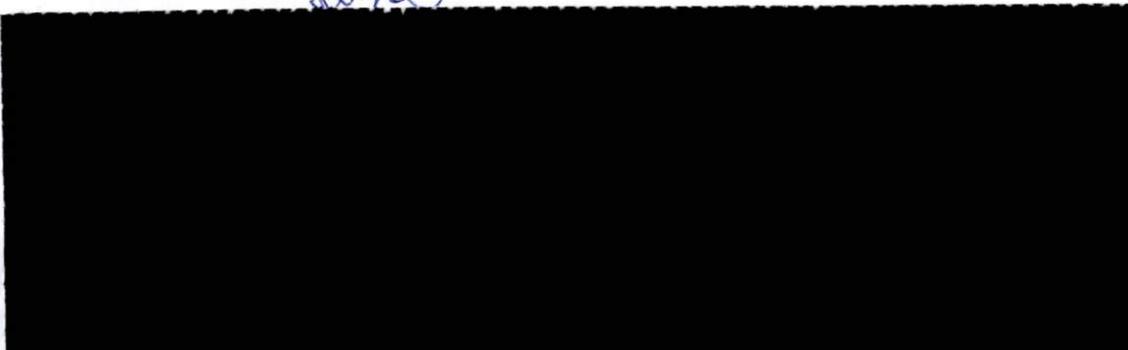
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 22/01/2016

Signature de l'adhérent(e)



## Instructions à suivre

## تعليمات لبيان المرض

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](http://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

## لوقـع وطابع التـعاـضـديـة

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier : ..... تاريخ الإيداع :

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

المؤمن غير مطالب بالإدلاء بنتائج التحاليل البيولوجية عند إيداع ملف طلب التعويض لدى التأمينية ولا بالإدلاء بنتائج الفحوصات الاشعاعية 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 وفانق المهني الصحة وتوقيعهم وختمامهم بالإضافة إلى تاريخ إجراء العمل الطبي،

يتم التعويض عن مصاريف العلاج على أساس التعريفة الوطنية المرجعية.

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

يعاقب بغرامة وبإرجاع المبالغ المقبوضة بغير حق دون الاحلال 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](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتأمينية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE), يجب على المستفيدين توسيع اسمهم 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

رقم الهاتف (اختياري): ٠٦٦٨ ٣٧ ٦٣٨٥

خاص بالمؤمن له (ا)

الاسم العائلي والشخصي : BEN HACHEM EL HARROUNI

رقم الاختراط :

رقم التسجيل :

رقم بطاقة التعريف الوطنية :

عنوان:

علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن (ا)\*

Conjoint  زوج  Enfant  اب  ابنة Adresse : 58 Nokhaïd Akhlaq Rr. Des Nekhaïd Ben YagfouMontant des frais (Dhs) : 480 400

Nombre de pièces jointes :

## Déclaration du médecin traitant

## تصريح الطبيب المعالج

## Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاج

الاسم العائلي والشخصي : OLARDI  
Tarihez azidai : Abdelmounen N° 3245رقم بطاقة التعريف الوطنية : 09641919  
الجنس \* :Masculin  ذكر  Féminin  فـيـنـيـه

## Identification du médecin traitant

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

## Type de soins

Maladie*	<input type="checkbox"/> مرض *	Pli confidentiel remis* : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Maternité*	<input type="checkbox"/> امومة *	Date de grossesse :
Hospitalisation*	<input type="checkbox"/> إستشفاء *	Date prévue d'accouchement :
Accident*	<input type="checkbox"/> حادث *	Date d'hospitalisation :
		Date d'accident :
		Causes :

Fait à : <u>Dera</u>	حرر بـ : ..... في : .....
Le : <u>١٩٠٩٢٠١٩</u>	في :
توقيع المؤمن (ا) Signature de l'assuré (e)	أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus.
أصرح بمصداقية المعلومات المكتوبة على هذا النموذج. 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'Etablissement de soins	

\* Cocher la mention utile pour chaque case

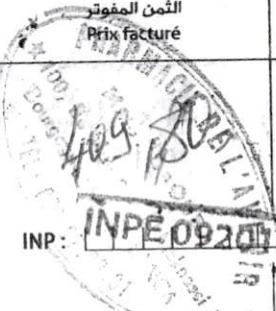
La vente de cet imprimé est formellement interdite

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

عمليات الاحياء، الاشعة والصور

**رد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية المعمونة**

## 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
25/10/23		
	INP : <input type="text" value="1093039474"/>	INP : <input type="text" value="1093039474"/>
	INP : <input type="text" value="1093039474"/>	INP : <input type="text" value="1093039474"/>

Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie

عمليات المساعدات الطبيعية

Connexion

Ma Situation Remboursements Prises en charge Immatriculation Menu ▾

 Gouvernement du Maroc  
CNOPS  
Organisme de gestion de l'assurance maladie

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	<b>650,00</b>
85213418	08/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	370,60	155,20	38,80	<b>194,00</b>
85455423	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	607,60	445,70	26,40	<b>472,10</b>
85455461	19/01/2024	BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	141,20	70,40	17,60	<b>88,00</b>

Application Mobile : SMART CNOPS - Assuré :  Télécharger

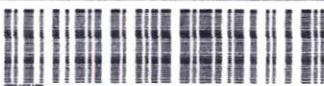
★★★★★

**Information** EN COURS DE TRAITEMENT 4 PAYE RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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

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 : 85455423 Date et heure : 19/01/2024 12:14  
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 40113  
Valeur en Dirhams : 607,60 Nombre de pièces : 5  
Code Etablissement : Agent de réception : M4M1194  
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



**الدكتور فؤاد الوردي**

جراح سابق بمستشفياترين بفرنسا

أخصائي في جراحة القلب والشرايين

جراحة القلب والشرايين

فليبرولوجيا (الدولي)

العلاج بالليزر والمجاالت الصوتية

25/10/13

LADRAT

BEN HACEN

RL HAB ROUNI

56,80 x 3

- DL DACTONR 300 my  
1CP (5)

89,70 x 2

- COR DARONR 200 my  
1CP (5)

2000 x 3

- STORT RON le my enuf (TP)



الدكتور فؤاد الوردي  
Dr. Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio-Vasculaire  
et Bd Anoual, 3<sup>e</sup> Etage, Bd Abdelloumen  
Tél: 0522 86 54 50 - Bus N° 305

25/10/13

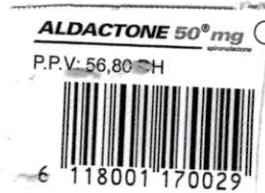
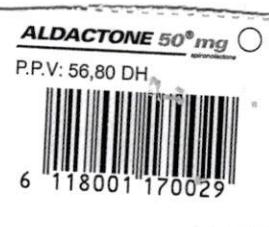
الدكتور فؤاد الوردي  
Dr. Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Abdelloumen Center, Angle Bd Abdelloumen  
7<sup>e</sup> / 0522 86 54 50

100, BD M'hamed El Mekki  
Bou Regreg - Casablanca  
Tél: 0522 57 00 20

Abdelloumen Centre : Angle Bd Abdelloumen et Bd Anoual, 3<sup>eme</sup> 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



**Dr. Fouad EL OUARDI**

Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Ancien Interne des Hôpitaux de Rennes - France

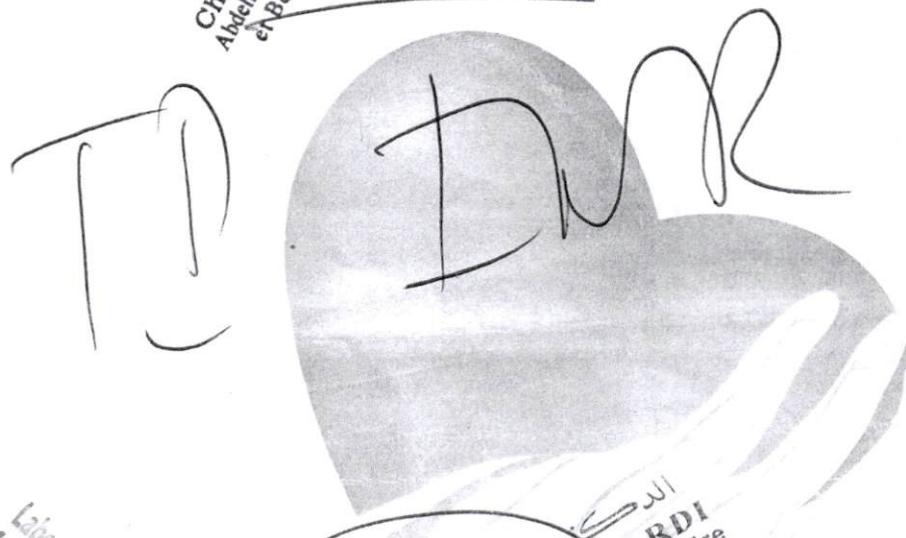
Chirurgie Cardiaque & Vasculaire  
Chirurgie Endovasculaire  
Phlébologie (VARICES)  
Traitement par laser & Radio fréquence

**الدكتور فؤاد الوردي**

جراح سايفا بمستشفيات ابن بشر مسا  
أخصائي في جراحة القلب والطوارئ  
جراحة القلب والشرايين  
فيميولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر والمواضيع الصوتية

Casablanca le : 25/6/2003

LADRI  
B P N A  
DR  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - 0522 86 54 50  
Bur N° 305  
DR FOUDI  
DR FOUDI



L.A - M. B.  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136 Résidence Belhcen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 61 99 - 0522 86 54 50  
Dr Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur. N° 305  
Tel: 0522 86 54 50 - Fax: 0522 86 31 11

Abdelmoumen centre : Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual, 3ème étage - Bur 305 - Casablanca  
Tél. : 0522 86 54 50 - Fax : 0522 86 31 11 - URGENCES : 0661 19 01 66  
E-mail : elouardif@yahoo.fr - Site web : [www.varices-casablanca.ma](http://www.varices-casablanca.ma)

**LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES**  
136 Résidence Belhacen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labbourgogne.lamb@gmail.com

**FACTURE N° : 230002585**

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 25-10-2023

IF: 15231383

N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N°CNSS: 4430534

**Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI**

Demande N° 2310250005

Date de l'examen : 25-10-2023

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

L.A.M.D.  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhacen Bd Bourgogne  
Tel. 0522 20 81 02 / 0522 20 80 99  
Fax 0522 20 01 00 - Casab