

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



194 174

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030713

## 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 - 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

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2558 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Veuve  
Nom & Prénom : HADJI Lachar  
Date de naissance : 1945  
Adresse : 18, Mohammed Akil Ben Jan Nakhl  
Boulevard Casablanca  
Tél. : 0668 376320 Total des frais engagés : 480,00 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 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 : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.

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 التعاوضية 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 التعاوضية 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 وإبراجاع 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](http://www.cnops.org.ma) أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

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.

N° du Tél (optionnel): 0668 37 63 84 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e) خاص بالمؤمن له (ة)

Nom et prénom: BENHACHEM EL HARROUNI الاسم العائلي والشخصي:

N° Affiliation: 11113811 رقم الانخراط:

N° Immatriculation: 111110170015 رقم التسجيل:

N° CIN: 11113811 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, Avenue d'Alger, Des Jours, N° 101, Casablanca العنوان:

Montant des frais (Dhs): 480 400 إجمالي المصاريف (بالدرهم):

Nombre de pièces jointes: عدد الوثائق المرفقة:

Déclaration du médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom: الاسم العائلي والشخصي:

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) 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 الإستشفاء:

Date d'accident: تاريخ الحادث:

Causes: أسباب الحادث:

Fait à: حرر بـ: Le: في: 09/10/2013

Signature de l'assuré (e) أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.

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

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* ضع علامة في الخانة المناسبة

La vente de cet imprimé est formellement interdite يمنع منعا كلياً بيع هذا الطبعوع

Cachet et signature de la mutuelle توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent:

Date de dépôt du dossier: تاريخ الإيداع:



## Description des actes effectués

## وصف العمليات المجراة

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
25/10/23	C			G	

CIM - 10

## جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة

## Description des ordonnances exécutées et des dispositifs médicaux fournis

تاريخ التنفيذ Date d'exécution	التمن المفوتر Prix facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux
25/10/23	409	

INP:

INP:

## 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 الإحياء Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste
25.10.23	b40			70.60	

LABORATOIRE BOURGOGNE

D ANALYSES MEDICALES

INP:

INPE: 093064731

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:

[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

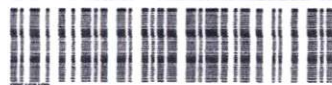
PAYE

RETOUR POUR COMPLEMENT 1

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
	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	70,60	35,20	8,80	44,00
81076940	25/05/2023	Payé en : 34 jours		BENHACHEM EL HARROUN LADRAT	2 371,00	1 422,55	205,75	1 628,30
	12/06/2023	Virement	-	-	612,80	387,51	106,49	494,00
81076497	02/05/2023	Virement	-	-	5 106,10	1 452,00	290,00	1 742,00
	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								

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT  
NO 58 RUE MOKALAD AKILI  
RES.DAR NAKHIL3,APS 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)  
Traitement par laser & Radio fréquence



**الدكتور فؤاد الوردى**

جراح سابقاً بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين  
جراحة القلب و الشرايين  
فليولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

25/10/13

LADRAT

BRN HACAREN

PL HAR ROUN 1

56,80 x 3

- AL DACTONR Song  
1cp 5

89,70 x 2

- COR DARNR 200 mg  
1cp 5

2000 x 3



- STROTRON 6 mg (TP)







الدكتور فؤاد الوردى  
Dr Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur 305  
Tél: 0522 86 54 50

الدكتور فؤاد الوردى  
Dr Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio-Vasculaire  
Abdelmoumen Centre, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur 305  
Tél: 0522 86 54 50

Abdelmoumen Centre : Angle Bd Abdelmoumen et Bd Anoual, 3<sup>ème</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

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**   
P.P.V: 56,80 DH  
  
6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**   
P.P.V: 56,80 DH  
  
6 118001 170029

**ALDACTONE 50<sup>mg</sup>**   
P.P.V: 56,80 DH  
  
6 118001 170029

**CORDARONE 200MG**  
CP SEC B40   
  
6 118000 061120

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**   
Acénocoumarol 10 comprimés  
  
6 118000 181187

**CORDARONE 200MG**  
CP SEC B40   
  
6 118000 061120

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**   
Acénocoumarol 10 comprimés  
  
6 118000 181187

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**   
Acénocoumarol 10 comprimés  
  
6 118000 181187

**Sintrom<sup>®</sup> 4 mg**   
Acénocoumarol 10 comprimés  
  
6 118000 181187



**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 سابقا بمستشفيات رين بفرنسا  
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

جراحة القلب و الشرايين  
فلبولوجيا (الدوالي)  
العلاج بالليزر و الموجات الصوتية

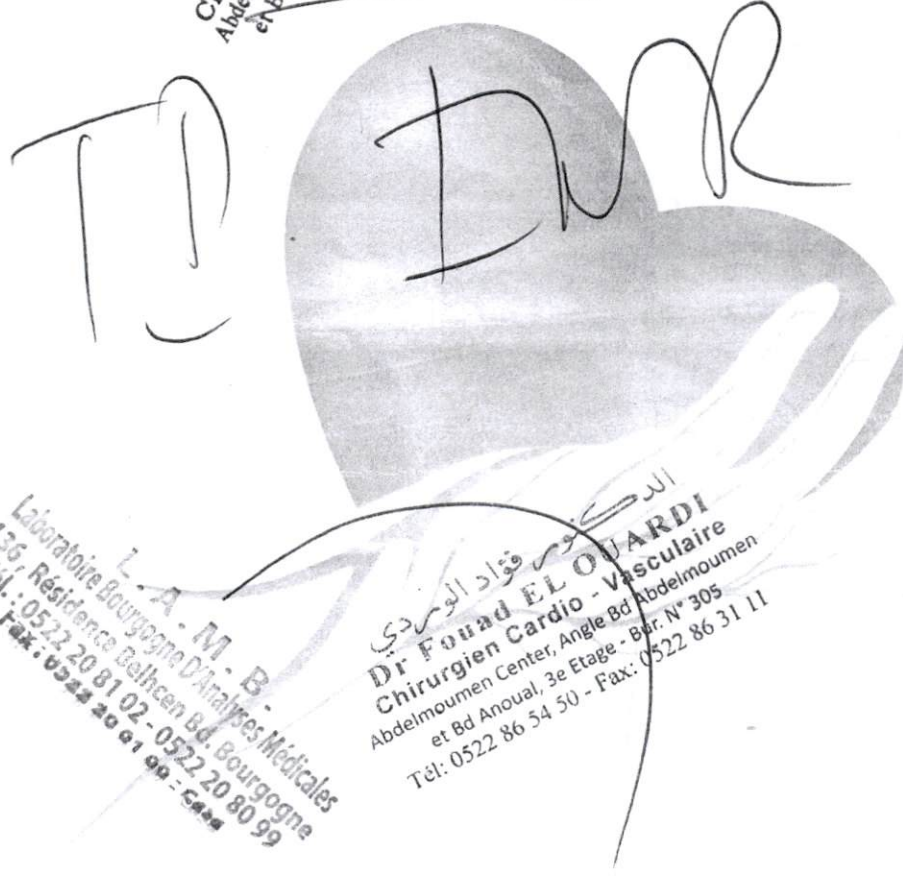
Casablanca le : 25/16/23

LADRAI

BEN

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

WARROUNI



L.A.M.B.  
Laboratoire Bourgogne Analyses Médicales  
136 Résidence Belhacen Bd. Bourgogne  
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax: 0522 20 81 00 - 0522 20 81 01

الدكتور فؤاد الوردى  
Dr Fouad EL OUARDI  
Chirurgien Cardio - Vasculaire  
Abdelmoumen Center, Angle Bd Abdelmoumen  
et Bd Anoual, 3e Etage - Bur. N° 305  
Tél: 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

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES  
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne  
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100  
@ : labobourgogne.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.B.  
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales  
136, Résidence Belhecen P.d. Bourgogne  
Tél : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99  
Fax : 0522 20 81 00 - Cas