

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



194 175

Déclaration de Maladie

M23- N° 0030712

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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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 Ladjat

Date de naissance : 1945

Adresse : 58 Abdelkader PK101 Rue Ibn Nafkine

Boulevard Casablanca

Tél. : 06 8 37 63 20

Total des frais engagés : 161,20

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 : Casa

Le : 22 / 01 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

MME BENHACHEM EL HARROUN LADRAT

Royaume du Maroc

NO 58 RUE MOKALAD AKILI

RES.DAR NAKHIL3,AP5 BOU

CASABLANCA

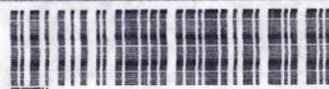
CASABLANCA EL HANK

20050



CNOPS

Accusé de Réception



N° de Dossier :	84090314	Date et heure :	13/11/2023 10:48
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 :	141,20	Nombre de pièces :	4
Code Etablissement :		Agent de réception :	M4M0535
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



Accusé de Réception



N° de Dossier : 84090314 Date et heure : 13/11/2023 10:48
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 : 141,20 Nombre de pièces : 4
Code Etablissement : Agent de réception : M4M0535
Nom Etablissement :

[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
-------------	--------------------------	------	--------------------------

③ 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	375,30	8,80	384,10
- 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

Instructions à suivre

Les feuilles de soins relatives aux affections de longue durée (ALD) sont utilisées par les assurés disposant d'un Accord d'Exonération du Ticket Modérateur (ETM) attestant que le bénéficiaire est atteint d'une affection de longue durée. Elles sont utilisées uniquement pour les soins liés à l'ALD;

Le numéro de l'accord de l'ALD doit être porté à la première page de la feuille de soins. Sinon, il faut joindre copie de l'ETM au dossier de demande de remboursement;

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 la mutuelle dans les deux mois qui suivent le premier acte médical, sauf s'il y a un traitement médical 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

تستعمل أوراق العلاج المتعلقة بالأمراض المزمنة من طرف المؤمنین الحاصلين على الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية على عاتقهم ETM والتي تشهد بإصابة المستفيد بمرض مزمن أو طويل الأمد، كما تستعمل فقط بالنسبة للعلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة أو طويلة الأمد،

يجب تدوين رقم الموافقة على الإعفاء الموجود في الشهادة على الصفحة الأولى من ورقة العلاجات، وإلا فإنه من الضروري إرفاق نسخة من الموافقة على الإعفاء من الحصة المتبقية ETM بملف المرض.

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 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 للصندوق www.cnops.org.ma أو الموقع الإلكتروني للتعاوضية.

بالنسبة للتأمين الإجباري عن المرض الخاص بالطلبة (AMOE)، يجب على المستفيدين تدوين إسمهم و رقم بطاقة تعريفهم الوطنية وإرسال ملف طلب التعويض على عنوان الصندوق الكائن في: 4 زقة الخليل ص.ب 209 الرباط.

Cachet et signature de la mutuelle

توقيع وطابع التعاوضية

Identification de l'agent :

Date de dépôt du dossier :



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة

Feuille de soins pour les Affections de longue Durée

التأمين الإجباري عن المرض
Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم 1.1.01.01

N° du Tél (optionnel): 066 837 6122 رقم الهاتف (اختياري):

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن (ة)

Nom et prénom : BENHACHEM EL HARROUNI الاسم العائلي والشخصي:

N° Affiliation : 110781 رقم الانخراط:

N° Immatriculation : 1119017405 رقم التسجيل:

N° CIN : 111380410 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 Nakhalat Akil Reg. du Vahel العنوان:

Montant des frais (Dhs) : 14120 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 : LADRAT BENHACHEM الاسم العائلي والشخصي:

Date de naissance : تاريخ الأرياف:

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)

09620029

الرقم الوطني الاستدلالي لمهنيي الصحة ومؤسسات العلاج

Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD* : ☐ oui ☐ non قبول المرض المزمن:

N° dossier ALD* : رقم ملف المرض المزمن:

Code ALD : رقم المرض المزمن:

Soins ambulatoires* ☐ علاجات خارجية* Pli confidentiel remis* : ☐ oui ☐ non تم تقديم الظرف المغلق:

Hospitalisation* ☐ استشفاء* Date d'hospitalisation : تاريخ الاستشفاء:

Fait à : حرر بـ

Le : في

أشهاد بصحة كل ما ذكر أعلاه

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

توقيع وطابع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية

Cachet et Signature du Médecin traitant

Cocher la mention utile pour chaque case

Fait à : حرر بـ

Le : في

أشهاد بصحة 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

ضع علامة في الخانة المناسبة

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 230002022

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 25-08-2023

IF: 15231383

N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N°CNSS: 4430534

Mme Ladrat BENHACHEM EL HARROUNI

Demande N° 2308250009

Date de l'examen : 25-08-2023

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

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 سابقا بصمتهشفيات رين بفرنسا
أخصائي في جراحة القلب و الشرايين

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

Casablanca le : 28/08/23

LADRAI

BENHA

الدكتور فؤاد الوردي
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

الدكتور فؤاد الوردي
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