

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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.
 Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.
Biologie 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.
Education :
 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.
Prothèse 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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles
 Réclamation : contact@mupras.com
 Prise en charge : pec@mupras.com
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.
AS : 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040648

SP Maladie Dentaire Optique Autres
 ND: 29395

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre
 Nom & Prénom : HANAFI BTISSAM Pour le compte de Noufyouk
 Date de naissance : 30.06.1967 ABATAL RAOUANE
 Adresse : LOT 11 lotissement BAYROUNI - Rue Elmor
 TAHIR - BOURCOUANE - CASABLANCA
 Tél. : 0661210764 Total des frais engagés : 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 :
 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 : 08/06/2020
 Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		DATE DU DEVIS <input type="text"/>															
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

	RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 المديران الاجتماعي ⵜⴰⵎⴻⵔⴰⵏⵜ ⵜⴰⵏⴻⵙⴳⴷⴰⵏⵜ CNSS	Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire REF: 610-2-06 :
	Référence structurée : 200695787812130	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille N° d'immatriculation: 110473031 Règlement du mois : 06/2020 Mode de paiement : Virement	ABATAL RADOUANE 11 LOT EL BAYROUNI ETG 5 APT 15 RUE IBNOU JAHIR BOURGOGNE CASABLANCA 2005	
	Informations :		

Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coef.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement%	Montant remboursé
ABATAL RADOUANE										
060126441	04/05/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
060126441	04/05/2020	B	BIOLOGIE	752,00	1,10	670,00	1,00	737,00	77	567,49
060126441	04/05/2020	PH	PHARMACIE	1 933,00	1 682,20	1,00	1,00	1 682,20	77	1 295,29
060126440	12/05/2020	CSC	MEDECIN SPECIALISTE	400,00	250,00	1,00	1,00	250,00	77	192,50
060126440	12/05/2020	PH	PHARMACIE	1 482,80	1 166,00	1,00	1,00	1 166,00	77	897,82
Total remboursé pour RADOUANE										3 068,60
Total général remboursé										3 068,60

Sauf erreur ou omission



ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة
Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée

* موافقة مسبقة *
Entente préalable *

* تنفيذ *
Exécution *

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم 610-1-03

Ref : ANAM 1.2.02.01

N° Dossier :

Partie réservée à l'assuré(e)

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABATAL RADOUANE : الإسم العائلي والشخصي :
 N° Immatriculation : 1104730341 : رقم التسجيل :
 N° CIN : B205127-1-1 : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * : علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (لها) *
 Conjoint زوج Enfant ابن
 Adresse : Lotissement BAYROUNI - Rue ISMAÏL SAHIL : العنوان :
BRURCOBANE - CASABLANCA
 Montant des frais : 882,80 Dhs. : مبلغ المصاريف :
 Nombre de pièces jointes : : عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج

Bénéficiaire de soins : المستفيد من العلاجات
 Nom et prénom : ABATAL Radouane : الإسم العائلي والشخصي :
 Date de naissance : : تاريخ الإزدياد :
 N° CIN : : رقم بطاقة التعريف الوطنية :
 Sexe * : M ذكر F أنثى * : الجنس :

INPE et code à barres **

الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفر **

Médecin traitant : : الطبيب المعالج
 Etablissement de soins : : المؤسسة العلاجية

Type de soins

نوع العلاجات

Admission ALD * : Oui Non : قبول المرض المزمن * :
 N° dossier ALD : 0116916151916121 : رقم ملف المرض المزمن :
 Code ALD : : رمز المرض المزمن :
 Maladie* *مرض * Hospitalisation* *استشفاء *

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. : أشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. : أصرح بمصادقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه

Fait à : : ب :
 Le : : في :
 توقيع المؤمن له
 Signature de l'assuré (e)

Fait à : : ب :
 Le : : في :
 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

** Accoler l'étiquette portant l'INPE (Identifiant National des Professionnels de santé et des établissements de soins), ainsi que le code à barres
 080 200 7200 / 080 203 3333 الهاتف - الدار البيضاء المحطة - 2186
 Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. :2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 / 080 203 3333
 Rés. Casablanca - Casablanca

* Frais engagés et remboursés pour ce dossier en euros fluorescent

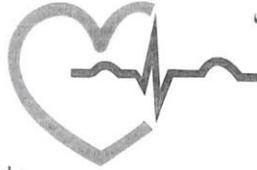
Dr. Ilhame HJIAJ Ép. BENOMAR

Cardiologie Adulte
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام اجيج بنعممر

إختصاصية في أمراض القلب

لل كبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلييج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبوليي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 12/05/2020

Nom : ABATAL Rastouane

- 4 x 237,00 | 1° Coveram 5/10: 4pl/1
- 2 x 72,00 | 2° Detensiel 10: 1/2 4pl/1
- 4 x 21,70 | 3° Cardiaspirine: 4pl/1
- 2 x 140,00 | 4° Oester do. Agell/1

ttt 4 mois

T = 1482,80

79, rue de Rome angle bd 2 mars, res-Carré d'Or - RDC - Casablanca
Tél. : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

Dr Ilhame HJIAJ
Cardiologie Adulte et Pédiatrique
79, Rue de Rome angle Bd. 2 Mars
Carré d'Or - Casablanca
Tél : 05.22.81.54.54
Fax : 05.22.82.54.54

PHARMACIE LA BRISSE
38, Rue Abou Abdou Aziz
Marrakech - Casablanca
Tél : 05.22.99.07.10
Fax : 05.22.99.07.03

ECG

Dr HJIAJ Ilhame

- Tél :0522815454 - Fax :0522825454

NOM:ABATAL Radouane

ID :

Genre :Homme

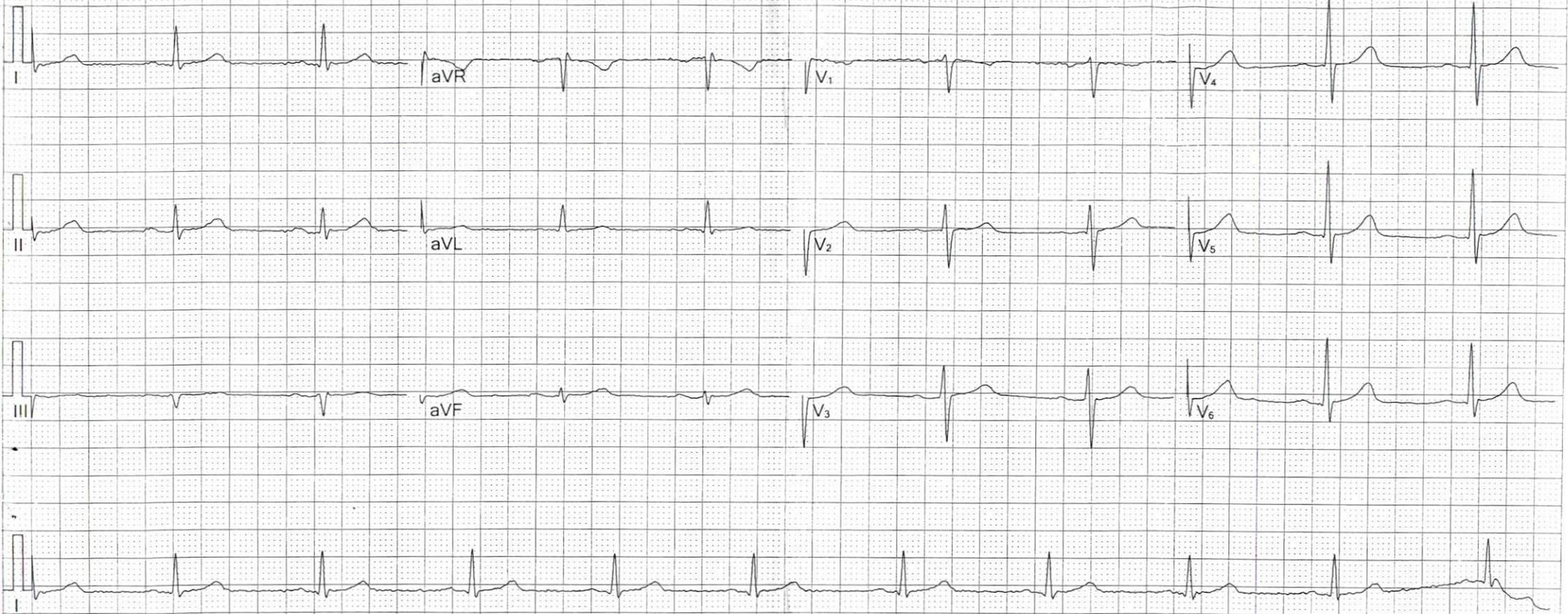
Age :59

DOB :10-03-1961

Date Test:12-05-2020 14:47

Case #: Investigation #: Médecin Référent:Dr Ilhame HJIAJ

10mm/mV 25mm/s



Fréquence :	1000 Hz	Interval.PR :	184 ms
Durée ECG:	18 s	Interval.QT :	434 ms
FC :	57 bpm	Interval.QTc :	423 ms
Durée P :	113 ms	Axe P :	64.7°
Durée QRS :	89 ms	Axe QRS :	-0.6°
Durée T :	315 ms	Axe T :	58.8°

Suggestion :
Total Batts 18, Batts Normaux 18,*** Déviation axe gauche modérée,
ECG limite normal,

TA: M/2

Signature Médecin:

Filtre Principal:On Filtre ADS:On