

# 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.

## Educations :

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.

## Prothèses :

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

☐ Optique

ND: 29395

☐ Autres

☒ Maladie

☐ Dentaire

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : HANAFI BTISSAM Pour le compte de Noufouk

Date de naissance : 30.06.1967 ABATALL RADOUANIE

Adresse : LOT 11 lotissement BAYROUNI - Rue Elmon JAHIR - BOURBOUINE - 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

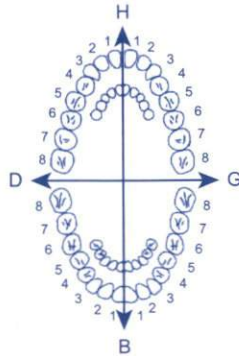
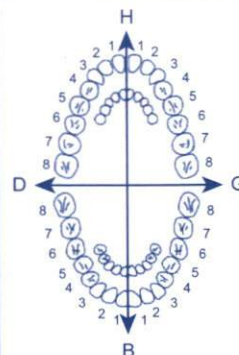
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

### RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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



**Important :**

Veuillez 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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">             H              25533412              00000000              D           </div> <div style="text-align: center;">             21433552              00000000              G              00000000              35533411              B           </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DATE DU DEVIS <input type="text"/>  DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

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

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
<b>Total remboursé pour RADOUANE</b>										<b>3 068,60</b>
<b>Total général remboursé</b>										<b>3 068,60</b>

Sauf erreur ou omission



N° Dossier :

**Partie réservée à l'assuré(e)**

خاص بالمؤمن له (لها)

Nom et prénom : ABATIAL RADOUANE : الاسم العائلي و الشخصي

N° Immatriculation: 11104730341

N° CIN : B-803 127-1-1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) \*      \*علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها)

Conjoint ☐ زوج      Enfant ☐ ابن

Adresse: Lotissement BAYROUNI - Rue Hassan SAHIL      العنوان: BRUR MOBILE - CHENNAI

Montant des frais : 1882,80 Dhs. مبلغ المصاريف :

عدد الوثائق المرفقة : ----- Nombre de pièces jointes :

### Déclaration du Médecin traitant

**تصريح الطبيب المعالج**

Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ABDALLAH K. YOUSSEF : الاسم 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 والرقم 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 : 10161216151916121  
Code ALD : 1-1-1-1-1-1-1

Maladie\* ☒ \*مرض Hospitalisation\* ☐ \*استشفاء\*

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant.	اشهد بصحة كل ما ذكر أعلاه	Je déclare les informations ci-dessus	أصريح بمصداقية وصحة
--	---------------------------	---------------------------------------	---------------------

Fait à : 19/09/2019

Le: 11/11/2011

توقيع المؤمن له  
Signature de l'assuré (e)

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

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 200 7200 - 080 200 7201

\* Frais encafé et remboursé pour ce dossier en ~~un~~







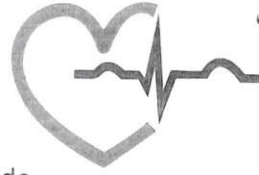
Dr. Ilhame HJIAJ Ép. BENOMAR

Cardiologie Adulte  
et Pédiatrique

Diplômée de la faculté  
de Médecine de Liège

Belgique

Ancienne Interne des Hôpitaux de  
Montpellier et Paris - France



الدكتورة إلهام أجيح بنعمر

إختصاصية في أمراض القلب

للکبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بليج - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي و باريس - فرنسا

Casablanca, le : 12/05/2020

Nom :

ABATAL Rastouane

4 x 237.00 / 10 Coveram 5/10: 4p/1  
2 x 72.00 / 20 Detensiel 10: 1/2 4p/1  
4 x 21.70 / 30 Cardioaspirine 1p/1  
2 x 140.00 / 40 Oeser 10: 1gell/1

tt 4 mois

T = 1482.80

Dr Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, rue de Rome angle bd 2 mars  
Carre d'Or - Casablanca  
Tél : 05.22.81.54.54 / 05.22.82.54.54 - Urgence : 06.61.71.00.44

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



# ECG

Dr HJIAJ Ilhame

- Tél : 0522815454 - Fax : 0522825454

NOM: ABATAL Radouane

ID :

Genre : Homme

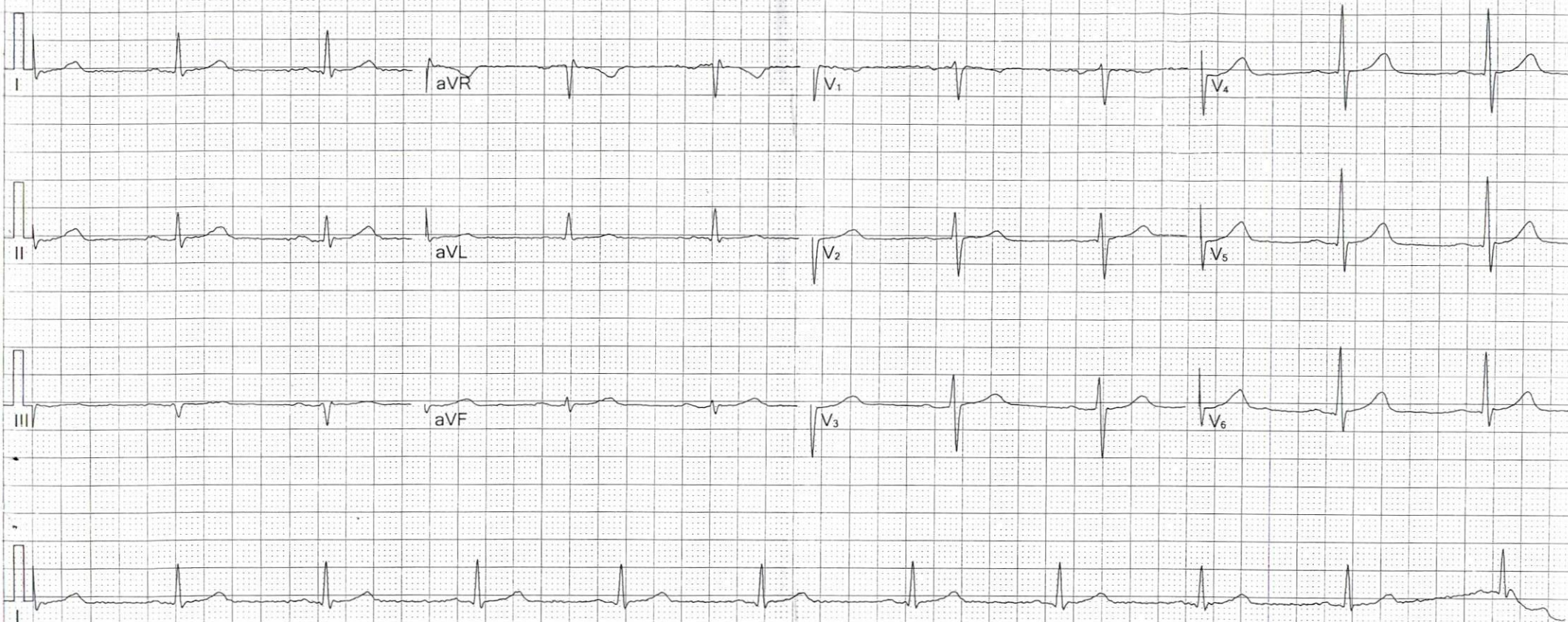
Age : 59

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

Filtre Principal: On Filtre ADS: On

Signature Médecin: