

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

ditions 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

aire :

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.

adie 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.

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0040731

ND: 46188

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8077 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HANAFI BTISSAM

Date de naissance :

Adresse : lot 11 lotissement BARROUNI - Rue Elmor
JAHIR - Bourgogne - Casablanca

Tél. : 0661 210764 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/09/2020

Nom et prénom du malade : ABATZ

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 : Le : 30/09/2020

Signature de l'adhérent(e) :





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 (ها)
Nom et prénom : **ABATIL RADOJANE**
الاسم العائلي والشخصي :
N° Immatriculation : **110473031**
رقم التسجيل :
N° CIN : **520512A**
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) *
علاقة القرابة بين المستفيد و المؤمن له (ها) *
Conjoint ☐ زوج
Enfant ☐ ابن
Adresse : **LOT 11 lotissement BAYROUNI - Rue Hamed FAHIM**
BOURBOURGNE CASABLANCA
العنوان :
Montant des frais : **درهم** Dhs.
مبلغ المصاريف :
Nombre de pièces jointes : **.....**
عدد الوثائق المرفقة :

Déclaration du Médecin traitant

تصريح الطبيب المعالج
المستفيد من العلاجات
Bénéficiaire de soins
Nom et prénom : **ABATIL RADOJANE**
الاسم العائلي والشخصي :
Date de naissance : **12/03/1961**
تاريخ الإزدياد :
N° CIN : **111111111**
رقم بطاقة التعريف الوطنية :
Sexe * : **M** ☒ 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 : **142053189**
رقم ملف المرض المزمن :
Code ALD : **11111**
رمز المرض المزمن :
Maladie * ☐ مرض *
Hospitalisation * ☐ استشفاء *

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

Fait à : **.....**
Le : **11/11/11**

ب :
في :
Signature de l'assuré (e)

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables.

Fait à : **.....**
Le : **11/11/11**

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

* Cocher la mention utile pour chaque case

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

بيان تعويضات التأمين الصحي
الإجباري

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Référence structurée : 201099407074553

Emis à Casablanca le :

Page : 1

Identifiant de la famille تعريف العائلة

ABATAL RADOUANE
11 LOT EL BAYROUNI ETG 5 APT 15 RUE IBNOU JAHIR
BOURGOGNE
CASABLANCA 2005

N° d'immatriculation : 110473031
Règlement du mois : 10/2020
Mode de paiement : Virement

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصاريف Montant de la dépense	التعريف المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement%	مبلغ التعويض Montant remboursé
ABATAL RADOUANE										
060132959	30/09/2020	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	77	115,50
060132959	30/09/2020	PH	PHARMACIE	2 198,10	2 119,20	1,00	1,00	2 119,20	77	1 631,78
Total remboursé pour RADOUANE										1 747,28
Total général remboursé										1 747,28

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Docteur Mouna MENKOR

Spécialiste en Médecine Interne



الدكتورة منى منقور
إختصاصية في الطب الباطني

Endocrinologie - Diabétologie
Rhumatologie - Maladies systémiques
Gériatrie
Chek-up médical

- . Ancien Médecin des Hôpitaux de Toulouse (France)
- . Ancien Médecin à l'hôpital Ibn Rochd (Casablanca)
- . Membre de la Société Marocaine de Médecine Interne
- . Membre de la Société Française de Médecine Interne

علم الغدد - داء السكري
أمراض الروماتيزم - الأمراض الجموعية
أمراض الشيخوخة

- رصد صحي شامل
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي بنولوز (فرنسا)
- . طبيبة سابقا بالمستشفى الجامعي ابن رشد (الدار البيضاء)
- . عضو بالجمعية المغربية للطب الباطني
- . عضو بالجمعية الفرنسية للطب الباطني

Casablanca, Le :

30/09/20

PHARMACIE LA PRISE
38, Rue Abou Abbas Al Azli
Mâarif, Casablanca
Tél.: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 10

ARATAT RABOUANE

37,00 x3

Janumet 10/1000

SV

3x 15,70 - - - - - que

Crestin 10 p

SV

3x 110,00 - - - - - un ps/dau

Genical 200p

un ps/dau

PHARMACIE LA PRISE
38, Rue Abou Abbas Al Azli
Mâarif, Casablanca
Tél.: 05 22 99 07 10
Fax: 05 22 99 07 10

pdh
5 mis

119, Bd Abdelmoumen, 4^{ème} étage, Appt N° 27 - Casablanca
Tél. : 0522 27 95 24 / 08 08 30 48 40 / 06 78 47 23 66
Urgence : 0661 34 97 60 - E-mail : mounamenkor@hotmail.com

70027234/010414-1
6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1
6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

70027234/010414-1
6 118001 160495
JANUMET® 50/1000 mg
AMM 59DMP/21/NCI
Boîte de 56 comprimés pelliculés
DISTRIBUE PAR MSD MAROC P.P.V: 437,00 DH

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 185,70 DH
6 118001 183111

Maphar
Km 10, Route Côtière 111,
QI Zenata Ain sebaa Casablanca
Crestor 10mg cp pell b30
P.P.V: 185,70 DH
6 118001 183111

FENOAL 200 mg
30 gélules
Remboursable AMO
6 118001 070695

FENOAL 200 mg
30 gélules
Remboursable AMO
6 118001 070695

FENOAL 200 mg
30 gélules
Remboursable AMO
6 118001 070695