

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

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 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

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'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-692530

127979

☐ Maladie ☐ Dentaire ☒ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3249 Société : RAN

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEHAM MOSTAFA

Date de naissance : 24-9-1957

Adresse : 3 RUE HAFID IBRAHIM AP 3 CASABLANCA

Tél. : 0661186986 Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : [Stamp: ACCUSE REÇU 6 MAR 2021 MUPRAS HAKANI]

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

[illegible]

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

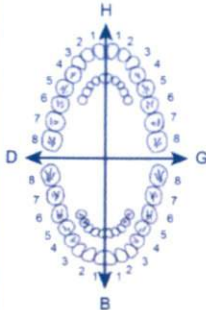
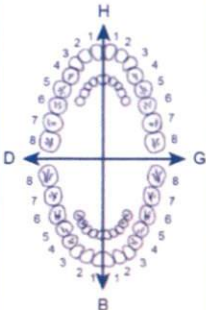
[illegible]

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>G</p> </div> </div>			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	<p>[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

RELEVÉ DES PRESTATIONS
AMO



مرجع رقم : 610 2 06 : REF

Référence structurée : 220313194002864

Emis à Casablanca le : 11/01/2022

Page : 1

Identifiant de la famille

تعريف العائلة

ZNIBER EP BENNANI ASMAH
3 RUE HAFID IBRAHIM ETG 01
CASABLANCA 2006

N° d'immatriculation : 100728157
Règlement du mois : 03/2022
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
ZNIBER EP BENNANI ASMAH										
086583167	31/01/2022	CS	MEDECIN SPECIALISTE	300,00	150,00	1,00	1,00	150,00	70	105,00
086583167	31/01/2022	B	BIOLOGIE	1 580,00	1,10	160,00	1,00	1 276,00	70	893,20
086583167	31/01/2022	PH	BIOLOGIE	231,80	231,80	1,00	1,00	231,80	70	162,26
086583167	31/01/2022	PHN	BIOLOGIE	163,90	26,50	1,00	1,00	26,50	00	0,00
086583167	31/01/2022	SC1	MEDECIN SPECIALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
086583167	31/01/2022	SC1	BIOLOGIE	700,00	0,00	483,00	1,00	0,00	00	0,00
Total remboursé pour ASMAH										1 160,46
Total général remboursé										1 160,46

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

0660 21 89 56



الضمان الاجتماعي
C N S S

ورقة العلاجات المتعلقة بالمرض
Feuille de Soins Maladie

موافقة مسبقة
Entente préalable

تنفيذ
Exécution

مديرية التأمين الصحي الإجباري
Direction de l'Assurance Maladie
Obligatoire

مرجع رقم: 610-1-02

Réf: ANAM: 1.2.01-01

خاص بالمؤمن له (لها)

N° Dossier : الإسم العائلي والشخصي :

Partie réservée à l'assuré(e) رقم التسجيل :

Nom et prénom : Zineb ASMAH رقم بطاقة التعريف الوطنية :

N° Immatriculation : 110978847 علاقة القرابة بين المستفيد والمؤمن له (لها) :

N° de la carte d'Identité Nationale : AS34 1478

Lien de parenté du bénéficiaire avec l'assuré(e) * العنوان :

Conjoint ☐ زوج ☐ Enfant ☐ ابن ☐

Adresse : 2 Rue Hassan II - Casablanca مبلغ المصاريف :

Montant des frais : 1486 Dhs. عدد الوثائق المرفقة :

Nombre de pièces jointes : 1

تصريح الطبيب المعالج

Déclaration du Médecin traitant

المستفيد من العلاجات

الإسم العائلي والشخصي : ZINEB ASMAH

تاريخ الإزدياد : 11/11/1978

رقم بطاقة التعريف الوطنية : AS34 1478

الجنس : أنثى

Bénéficiaire de soins

Nom et prénom : ZINEB ASMAH

Date de naissance : 11/11/1978

N° de la carte d'Identité Nationale : AS34 1478

Sexe : أنثى

تصريح الطبيب المعالج

Identification du Médecin traitant

الرقم الوطني الإستدلالي للممارس : 091033753

نوع العلاجات : أفكت

N° INP : 091033753

Type de soins : Affect

Maladie* ☐ مرض : أفكت

Pli confidentiel remis* ☐ Oui ☐ Non

Maternité* ☐ أمومة : أفكت

Date de grossesse : 11/11/1978

Date prévue d'accouchement : 11/11/1978

Hospitalisation* ☐ استشفاء : أفكت

Date d'hospitalisation : 11/11/1978

Accident* ☐ حادث : أفكت

Date d'accident : 11/11/1978

Causes : أفكت

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

Fait à : 11/11/1978

Le : 11/11/1978

Signature de l'assuré(e)

Le : 11/11/1978

Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins

* INP : Identification Nationale du Praticien

* Cocher la mention utile pour chaque case

www.cnss.ma: الموقع على الأنترنت: 05 22 54 86 73 فاكس: 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73 Web: www.cnss.ma

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa-Gare - Téléphone : 05 22 54 86 07 - Fax : 05 22 54 86 73

وصف العمليات المجرة					Description des actes effectués
تاريخ العمليات Date 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 de Médecin traitant
01-11-2011	321	C2	1140	600, m	Pr. [Signature]
01-11-2011	321	KAS+KAO	1140	500, m	Pr. [Signature]

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين					s Paramédicales
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé+ Cotation NGAP	قيمة المعامل Valeur clé	المبلغ المفوتر Montant facturé	توقيع وطابع المساعد المعالج Signature et Cachet du Paramédical

عمليات الإحياء، الأشعة والصور					Actes de Biologie, Radiologie et Imagerie
تاريخ العمليات Date 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 الإحيائي Signature et Cachet du Radiologue ou Biologiste

جرد الوصفات التي تم تنفيذها والتجهيزات الطبية الممونة			Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis
تاريخ التنفيذ Date d'exécution	القيمة المفوتر Prix Facturé	توقيع وطابع الصيدلي أو ممون التجهيزات الطبية Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	
01/11/2011	386,00	Pharmacie FOUKROU 27, Rue Moussou Gauthier - Casablanca Tél: 05 22 28 80 22	

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

Le ..01-11-2021

Reçu la somme de

6.000 DA / Six cent DA

De Mr, Melle, Mme

2 NIBER ASMAH

Pour consultation ORL (C2) + (K40) pour microaspiration pour
bouchon de cérumen

Avec Mse employée en otologie
dans l'oreille droite

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 / 32 32 FAX : 022 20 18 85

Département des Explorations Fonctionnelles ORL

Mr, Melle, Mme, Enft

2 NIBER ASMAH

Le 01-11-2021

Renseignements cliniques :

Hypacusis

Pour

π AUDIOGRAMME TONAL

π IMPEDANCEMETRIE

π PEA

π VIDEONYSTAGMOGRAPHIE (VNG)

π MANŒUVRES POSITIONNELLES

Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 021599

Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 021599

Xyzall 5 mg

28 comprimés pelliculés



6 118000 021599

Doliprane 1000 mg

PARACETAMOL

10 Comprimés



6 118000 040972

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الانف والاذن والحنجرة
R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

NASONEX® 50 µg/dose
Suspension pour pulvérisation nasale
Flacon de 120 doses
P.P.V: 131.70DH

Distribué par MSD Maroc



6 118001 150199

Dr. Abdelkrim L

Dr. Réda MOUF

Dr. Hassan CHELLY
Professeur Agrégé

Dr. M. Amine HESSISSEN
Professeur Agrégé

Dr. Mohamed BENNIS
Allergologue



Angle
Boulevard Brahim Roudani
&
7. Rue Jean Jaurès
20 060 Casablanca

Tél. 0522 47 20 20
0522 47 30 30
0522 47 32 32

Fax 0522 20 18 85
cliniquedepneumologiealfarabi@gmail.com

IF : 14478582
ICE : 001837199000069



Pharmacie FOUCAULT

27. Rue Moussa Bnou Noussali
Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 42 12

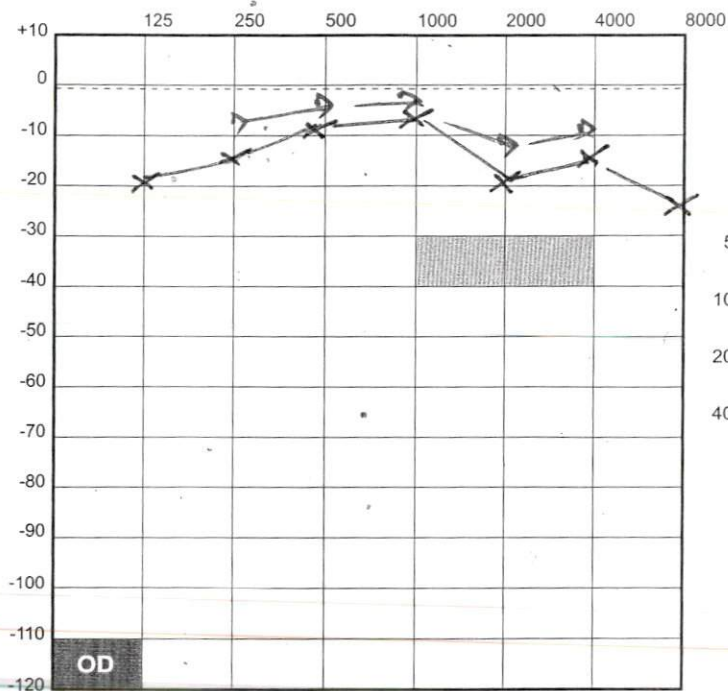
Pr. Med. A. HESSISSEN
O.R.L.
Centre de Diagnostic et d'Explorations
C.O.D.E AL FARABI Casablanca
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani - Casa
Tél: 05 22 47 20 20 - Fax: 05 22 20 18 85
INPE 109303703



ORL

Diagnostic & Explorations

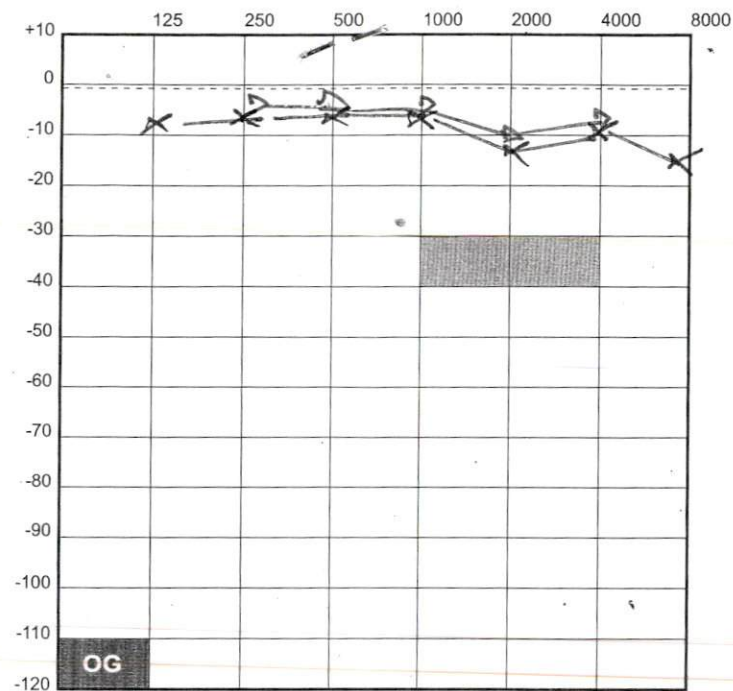
الأذن الأنف والحنجرة
الفحص والتشخيص



I.A. D = %

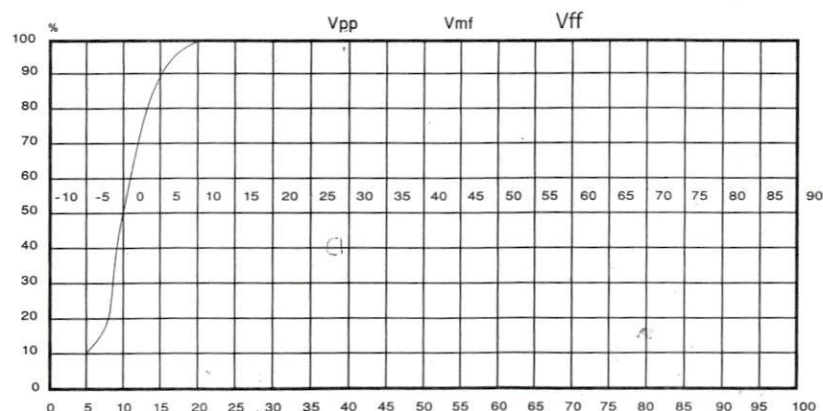
PERTE AUDITIVE

	OD	OG
500 hz	db	db
1000 hz	db	db
2000 hz	db	db
4000 hz	db	db
PAM	db	db



I.A.G = %

EPREUVES VOCALES



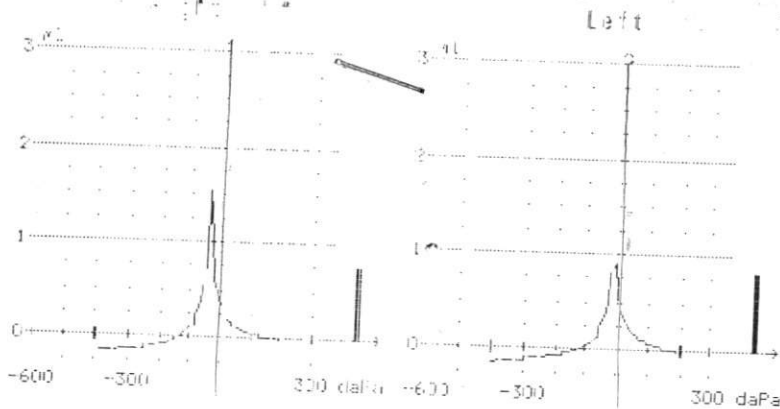
I.C.A. = 3

WEBER

	250	500	1000	2000	4000	
OD	z	z	z	z	z	OG

OD : Oreille droite
OG : Oreille gauche
PAM : Perte auditive moyenne
I.A : Pourcentage d'incapacité auditive

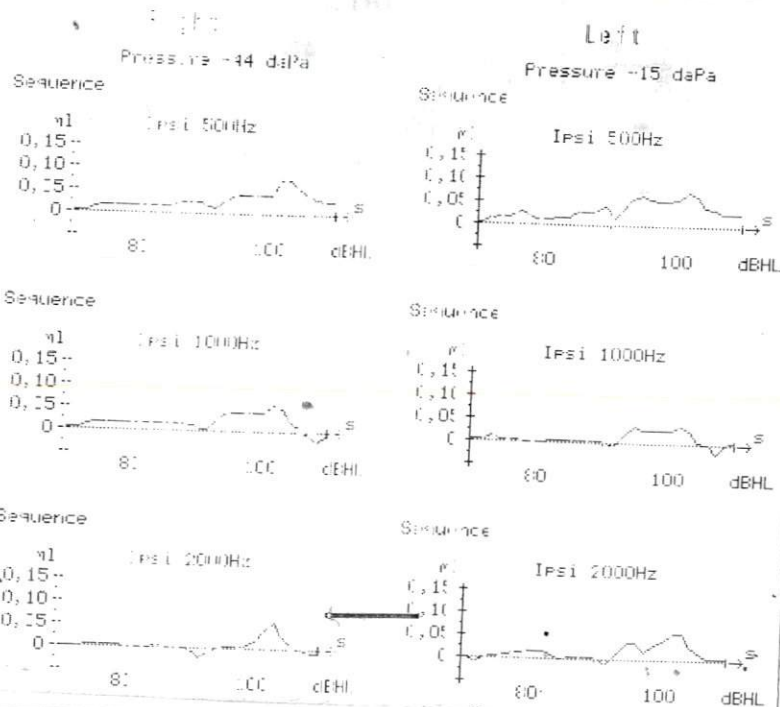




Ear Volume: 0.78 ml
Compliance: 1.58 ml
Pressure: -44 daPa
Gradient: 1.35 ml

Ear Volume: 0.82 ml
Compliance: 0.93 ml
Pressure: -15 daPa
Gradient: 0.75 ml

Reflex



xe OD

code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص أمراض الأنف والأذن والحنجرة الفرابي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

AUDIOGRAMME

NOM Zniber **ZNIBER**

Prénom Asma **ASMA**

Date de naissance Date d'examen **04 NOV 2021**

Observations

Pr. Med A. HESSISSEN

Centre d'Explorations
O.R.L. et de la Voix
Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Rouhani - Casa
Tél : 05 22 47 20 20 - Fax : 05 22 20 18 85
INPE : 091033755



code

AL FARABI

مركز فحص وتشخيص امراض الالته والحنجرة القرايبي
CENTRE O.R.L DIAGNOSTIC & EXPLORATIONS

Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani CASABLANCA
TEL : 022 47 20 20 / 47 30 30 FAX : 022 20 18 85

NOTE D'HONORAIRES

A+I

Le 01-11-2011

Reçu la somme de cinq cents (500) dirhams

De Mr, Melle, Mme

2. N. BER A. S. MAN

Pour audiogramme + impédancemétrie (K15 + K10).

Stamp: Centre O.R.L. Diagnostic & Explorations, Casablanca, Morocco. Includes contact details: Angle Rue Jean Jaurès et Brahim Roudani, Casablanca, Morocco. Tel: 022 47 20 20 / 47 30 30, Fax: 022 20 18 85.