

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



# Déclaration de Maladie

N° W21-712970

115803

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 8072			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : HANAFI BASSAM			
Date de naissance : 30.06.1967			
Adresse : LOT 11 BAYROUNI, Rue Ibnou Tahir BOURGOGNE - CASABLANCA			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	
Nom et prénom du malade : ABITAL RADOUANE Age : 40	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :  
Signature de l'adhérent(e) : 



Le : 19 105 122

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

RELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉSIF

#### RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

### [Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REÇU

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

بيان تعويضات التأمين الصحي  
الإجباري

RELEVE DES PRESTATIONS  
AMO



مديرية التأمين الصحي الإجباري  
Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire

مرجع رقم : REF : 610-2-06 :

Page : 1

Référence structurée : 220415017897538

Emis à Casablanca le : 11/04/2022

Identifiant de la famille      تعریف العائلة

N° d'immatriculation : 110473031  
Règlement du mois : 04/2022  
Mode de paiement : Virement

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

Informations :

معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام Référence accusé de réception	تاريخ العلاج Date de soins	العمليات Actes	مهنيو الصحة Prestataires de soins	مبلغ المصارييف Montant de la dépense	التعريفة المرجعية Tarif de référence	المعامل Coeff.	الكمية Quantité	أساس التعويض Base de remboursement	نسبة التعويض Taux de remboursement %	مبلغ التعويض Montant remboursé
ABATAL RADOUANE										
103833136 103833136	04/04/2022 04/04/2022	CSC PH	MME HJIAJ ILHAME PHARMACIE LA BRISE	400,00 1 651,20	250,00 1 372,10	1,00 1,00	1,00 1,00	250,00 1 372,10	77 77	192,50 1 056,52
<b>Total remboursé pour RADOUANE</b>										
<b>1 249,02</b>										
<b>Total général remboursé</b>										
<b>1 249,02</b>										

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

0661341332

 الضمان الاجتماعي C.N.S.S. Le devoir de vous protéger	<b>ورقة العلاجات المتعلقة بالأمراض المزمنة</b> <b>Feuille de Soins pour les Affections de Longue Durée</b>	مديرية التأمين الصحي الإجباري Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire Réf. : ANAM 1.2.02.01
<input type="checkbox"/> موافقة مسبقة * Entente préalable *	<input type="checkbox"/> تنفيذ * Exécution *	
مرجع رقم : 610-1-03		

N° Dossier :

خاص بالمؤمن له (لها)

## Partie réservée à l'assuré(e)

Nom et prénom : ABATAI RADOUANE الاسم العائلي والشخصي :N° Immatriculation : AIQ-413131 رقم التسجيل :N° CIN : B 9 25127 1 رقم بطاقة التعريف الوطنية :

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

Conjoint  زوجEnfant  ابنAdresse : terre Bayrouni - Rue Elouaïd Djebar Bougoffine العنوان :Montant des frais : 105,14 درهم مبلغ المصارييف :Nombre de pièces jointes : 48 عدد الوثائق المرفقة :

## Déclaration du Médecin traitant تصريح الطبيب المعالج

## Bénéficiaire de soins المستفيد من العلاجات

Nom et prénom : ABATAI Radouane الاسم العائلي والشخصي :Date de naissance : 1981-01-01 تاريخ الإزدياد :N° CIN : 1111111111111111 رقم بطاقة التعريف الوطنية :Sexe \* : M  ذكر F  أنثى الجنس :

INPE et code à barres \*\* الرقم الوطني الاستدلالي و الرقم المشفّر \*\*

<u>066134130631</u> Médecin traitant الطبيب المعالج	<u>1111111111111111</u> Etablissement de soins المؤسسة العلاجية
---	---

## Type de soins نوع العلاجات

Admission ALD * : <u>oui</u> N° dossier ALD : <u>011696596262</u> Code ALD : Maladie* <input checked="" type="checkbox"/> مرض	<input type="checkbox"/> Non Hospitalisation* <input type="checkbox"/> استشفاء*	قبول المرض المزمن * : رقم ملف المرض المزمن : رمز المرض المزمن : استشفاء*
--	--	---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-avant. Fait à : <u>P.F. P.Y/2022</u> Le : <u>11/11/2022</u> توقيع المؤمن له Signature de l'assuré (e)	شهد بصحة كل ما ذكر أعلاه ب : في :	Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables. Fait à : <u>914 105 25127 1</u> Le : <u>11/11/2022</u> <u>توقيع الطبيب المعالج أو المؤسسة الصحية</u> <u>Cachet et Signature du Médecin traitant ou de l'Etablissement de soins</u>	أصرح بصدقية وصحة المعلومات المذكورة أعلاه ب : في :
---	---	--	--

\* Cocher la mention utile pour chaque case

\* أشطب الخطة المناسبة

\*\*

\*\* Accoller 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 دار المؤمن ب Simpson 2186 - الدار البيضاء المحطة - الهاتف

Maison de l'Assuré - Place de DAKAR - Casablanca B.P. 2186 Casa Gare Téléphone : 080 208 009 / 06203 3333

وصف العمليات المجرأة				
Description des actes effectués			الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع الطبيب المعالج Signature et Cachet du Médecin traitant
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP		
04/04/22	03 +000		3 00 1 00	Dr. Elhame H.JIAJ Cardiologue / Médecin traitant 79, Rue de Rome, Angla 50 2 19000 Réf: Carré d'Or - GSM: 031.74.6
INPE et code à Barres				
0911611111111111				
INPE et code à Barres				
1111111111111111				

CIM-10

عمليات المساعدين الطبيين				
Actes Paramédicaux			الملبغ المفوتر Montant facturé	توقيع و طابع المساعد الطبي Signature et Cachet du Paramédical
تاريخ العمليات Date des actes	رمز العمليات Code des actes	معامل العمليات Lettre clé + Cotation NGAP	عدد العمليات Nbre d'actes	
INPE et code à Barres				
1111111111111111				
INPE et code à Barres				
1111111111111111				

CIM-10 : Classification internationale des Maladies - dixième révision

جريدة الوصفات التي تم تنفيذها و التجهيزات الطبية الممونة		
Description des ordonnances exécutées et dispositifs médicaux fournis		
توقيع و طابع الصيدلي او ممون التجهيزات الطبية	الثمن المفوت	Date d'exécution
Signature et Cachet du Pharmacien et/ou Fournisseurs des dispositifs médicaux	4654,10	04-04-2022
INPE et code à Barres 009234134		
INPE et code à Barres 1111111111111111		

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. 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 أحجيج بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلجيكة

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونبولي وباريس - فرنسا

Casablanca, le : 01/04/22

Nom : ABATA Rashed

### Note d'honoraires

Le Dr HJIAJ Ilhame vous remercie de votre confiance  
et vous adresse la note d'honoraire de :

Correspondant à :

Consultation : 300 Dr

ECG : 100 Dr

- Echo-doppler cardiaque : Ilhame HJIAJ
- Echo-doppler des TSA : Angle 2 mars
- Holter TA : 79, Rue de Rome, Angle 2 mars
- Holter ECG : R.A.S. Carré d'Or
- Epreuve d'effort : 79, Rue de Rome, Angle 2 mars
- Echocardiographie de stress : 79, Rue de Rome, Angle 2 mars
- Echographie trans-oesophagienne : 79, Rue de Rome, Angle 2 mars
- Autres : 79, Rue de Rome, Angle 2 mars

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

IF : 401071103 - TP : 34450220 - CNSS : 8185523 - INP : 091163063

ICE : 001872067000018

Dr. Ilhame HJIAJ Ep. 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 أحجيج بنعمر

اختصاصية في أمراض القلب

للكبار والأطفال

خريجة كلية الطب

بلبيس - بلجيكا

طبيبة سابقة بمستشفيات

مونتيليني وباريس - فرنسا

Casablanca, le

04/04/22

Nom: ABATA Radouane

6x105,00

1/ Exchange 5/80 147,00

2/ 3x72,00  
Detensiel 10,5% 4/12  
6x27,70

3/ Caisse en attente dep 11  
2x29,60

4/ D. une forte: 100% mois

~~1651,40~~ - 6 mois

Dr. Ilhame HJIAJ  
Cardiologie Adulte et Pédiatrique  
79, Rue de Rome - 1012 Casablanca  
RDC, Carré d'Or - S

GSM: 0522.81.54.54  
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



DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

DÉTENSIEL® 10 mg  
30 comprimés pelliculés sécables  
6 118001 101788  
PPV : 72,00 DH  
Distribué par Cooper Pharma

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

Cardiaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH  
Bayer S.A.  
6 118001 090280

6 118001 320103  
Remboursable  
6 118001 320103  
Remboursable