

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 Alial Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alial Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 [LG] - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

M22- N° 003663

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : *Moh ABD Med* Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0666717372* Total des frais engagés : Dhs *90,10*

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 : 24 JAN 2024

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

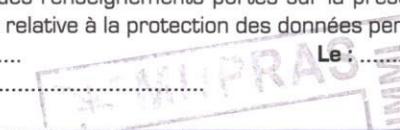
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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) :



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
19/12/23	C/S		6	

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
 Dr. KANAKI Biologiste 41, Rue Ali BOU ALI Tel: 05 22 26 52 NPE: 083065692	19/02/2013	12123 BC60 + P  Dr. KANAKI Biologiste 41, Rue Ali BOU ALI Tel: 05 22 26 52 NPE: 083065692	+ 900.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

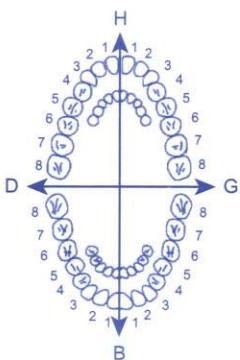
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
D	25533412
	00000000
	00000000
	35533411
C	
	21433552
	00000000
	00000000
	11433553

(Création, remont, adjonction)



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION



Dr Kamal BENBOUJIDA

Biogiste médical - Ancien interne et praticien des hôpitaux de Paris - Université René Descartes - Paris V

FACTURE N° : 231200038

ICE : 003237656000076

IF : 53567183

TP : 35554135

INPE : 063065692

Code INPE :



063065692

Casablanca le 19-12-2023

Mme KARAMI Hakima

Date de naissance : 24-02-1969

Nom de médecin : Dr

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0135	Urée	B30
0111	Créatinine	B30

Total des B : B60 + 10 DH

TOTAL DOSSIER : 90.40 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams quarante centimes.

LABORATOIRE B.
Dr Kamal BENBOUJIDA
Biologie Médicale
41, Rue Ali Bnou Abi Taleb
Tél. 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12
E-mail : bklabcontact@gmail.com

Prélèvement à domicile - lieu de travail

Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30 - 18h30

Samedi : 8h00 - 12h30

T.P: 35554135 - I.C.E: 003237656000076

41, Rue Ali Bnou Abi Taleb,

Casablanca - MAROC

Tél.: 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

E-mail : bklabcontact@gmail.com



Casablanca le 19/12/2023

MME KARAMI HAKIMA

UREE

CREATININE

LABORATOIRE BX 1493
Dr Kamal BENBOUJED
Biologiste Médical
41 Rue Ali Boudaoud Casablanca
Tél: 0622226262 0622226262

DR00

Mme KARAMI Hakima
24-02-1989
231219002
A coller sur l'ordonnance

RADIOLOGIE ABOU MADI
27, Rue Ilya Abou Madi
Appt N°3 -Ghoutier - Casablanca
Tél: 0522 203457 / 0522 203458

Adresse : 27, rue Ilya Abou Madi (ex. Buffon) quartier Gautier-Casablanca.
Téléphone : 20/34/57- 20/34/58 Fax 47/40/09



Dr Kamal BENBOUJIDA

Biologiste médical - Ancien interne et praticien des hôpitaux de Paris - Université René Descartes - Paris V

Date du prélèvement : 19-12-2023 à 08:29

Code patient : 231219002

Né(e) le : 24-02-1969 (54 ans)

Mme KARAMI Hakima

Dossier N° : 231219002

Prescripteur : Dr



BIOCHIMIE SANGUINE

Créatinine 8.00 mg/L (5.00-9.00)
(Tech Jaffé – Roche Diagnostics) 70.7 µmol/L (44.2-79.6)

Urée 0.24 g/l (0.15-0.42)
(Urease/GLDH – Roche Diagnostics) 4.00 mmol/L (2.50-7.00)

Validé par : DR BENBOUJIDA KAMAL

LABORATOIRE BK
Dr. Kamal Benboujida
Biologiste Médical
41, Rue Ali Bouabid - Bab Casablanca
Tél. 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

Prélèvement à domicile - lieu de travail

Page 1 / 1

Horaires d'ouverture

Lundi au vendredi : 7h30 - 18h30

Samedi : 8h00 - 12h30

T.P: 35554135 - I.C.E: 003237656000076

41, Rue Ali Bouabid -

Casablanca - MAROC

Tél.: 0522 22 62 62 / 0628 06 06 12

E-mail : bklabcontact@gmail.com