

# 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.

## Diologie 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.

## Éducation :

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.



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11365 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BENZAIDOUNE ANASS

Date de naissance :

Adresse :

Tél. 0667207844 Total des frais engagés : ..... Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Age : .....

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : .....

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) : .....

## Déclaration de Maladie

Nº P19- 060218

53758

060218

Autres

*MUPRAS*  
ACCIDENT  
L 30 DEC. 2020

## 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
14/11/2026	CLINIQUE TÉL: 0522 23 50 28 0522 23 50 28 Tél: 0522 23 50 28	1 0.615 0.615	400 DH	DR. NASSIM REZI, MOUNTAIN HOSPITAL, 216 APP. 803 - F TÉL: 06 62 66 66 66

## EXECUTION DES ORDONNANCES

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 	14/11/2020	B 447	600 DA

## AUXILIAIRES MEDICAUX

## 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

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

## Création, remont, adjonction)

## MONTANTS DES SOINS

DATE DU  
DEVIS



مصحة أطفال  
CLINIQUE ATFAL

م. م. 2020

- Pans Ben Zébouse Dr. Nezha Hay  
Pédiatre

- 40 Kg Hay Nassim Rés. Mouna Salia  
20/30 Imm. 216 App. 86 - Casablanca  
Tél: 06 62 07 41 47

Augmenter 500 g EN  
selbets

1 sachet

le matin

1 sachet

le midi

2 sachets

le soir

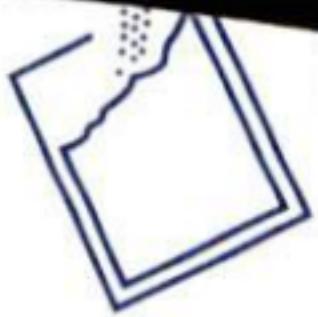
1 biscuits



Dr. Nezha  
Pédiatre  
Hay Nassim Rés. Mo  
Imm. 216 App. 86  
Tél: 06 62 07 41 47

Poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

enfant

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,30 DH

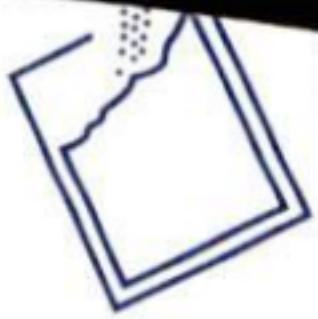
LUT: 644295

PER: 11/21



Poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

enfant

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,30 DH

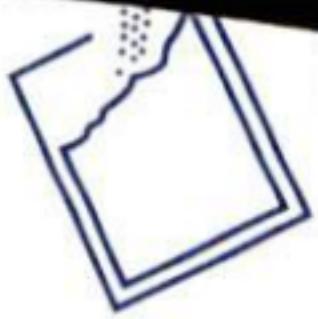
LUT: 644295

PER: 11/21



Poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

enfant

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,30 DH

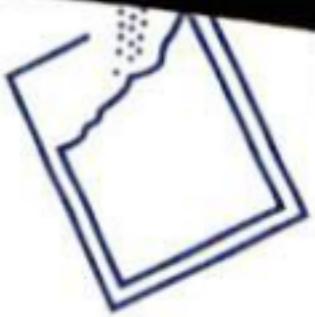
LUT: 644295

PER: 11/21



Poudre pour suspension

enfant



500mg/62,50mg

**AUGMENTIN**

AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE

**AUGMENTIN**  
AMOXICILLINE ACIDE CLAVULANIQUE  
500mg/62,50mg

enfant

..... sachet(s) ..... fois  
par jour à prendre de  
préférence au début des  
repas, pendant .....  
jours.

... كيس ... مرات في اليوم، من الأفضل قبل الأكل، مدة ... يوم

Uniquement sur ordonnance

**RESPECTER LES DOSES PRESCRITES**

PPU: 79,30 DH

LUT: 644295

PER: 11/21



**CLINIQUE ATFAL**



**مصحة أطفال**

**Reçu de Caisse № 10759**

Casablanca, le 14/11/2022

Nom & Prénom

: Benzaïdou Se Dany

Montant

: 4000

Mode de paiement :

Chèque

Espèces

Encaisseur





مصحة أطفال  
CLINIQUE ATFAL

14.11.2020

Benzaisoun Kenny

- NFS complete

- Cfp

- Feuille de



CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca

Tel: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28

CLINIQUE PEDIATRIQUE  
ATFAL  
50, Bd. Abderrahim Bouabid  
OASIS - Casablanca  
Tel: 0522 23 18 18 - Fax: 0522 23 50 28

Dr. Nezha RAIG  
Pédiatre  
Hay Nassim Rés. Mouna Salma  
Imm. 216 App. 96 - Casablanca  
Tel: 06 62 07 41 47



# LABORATOIRE MORIZGO

## D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca

Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42

Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517 ICE: 002003308000018 INPE: 097164437

IF: 25012189

Dr. Noureddine RACHID

Directeur du laboratoire

Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 14/11/2020

Facture N° : 200009762

Nom et Prénom : Enf Ramy BENZAYDOUNE

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Cles
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
0154	Ferritine	B250	B
0370	C R P (Protéine C réactive)	B100	B
	Numeration Formule Sanguine NFS	B80	B

Total des B : 447

Montant total de la facture : 600.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirhams .

