

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 canalaire, 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 canalaire.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-501114

W19-501114

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 17811 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL Aoufi Khouloud

Date de naissance : 01-10-1977

Adresse : 126 Rue Leonard Divini Residence Leonard Divini n°8 Casablanca

Tél : 0661152001 Total des frais engagés : 3

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 16.01.2020

Nom et prénom du malade : EL Aoufi Khouloud Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Arthrose

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
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

RELEVÉ 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
16.01.2019	C		5	INP : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/10/2019

280,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

22.11.2019

B700

1060,00 lit

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

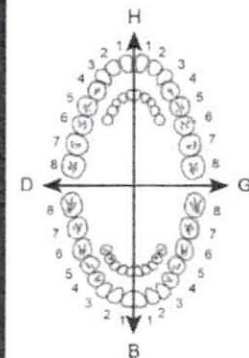
SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient

INP : [Signature]



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

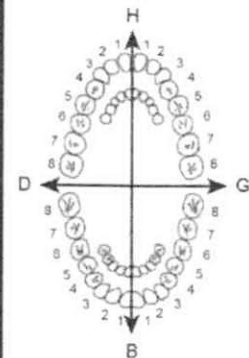
H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 00000000 G
35533411 11433553
B

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE



Médecine esthétique – Cosmétologie – Lasers
Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles
Maladies sexuellement transmissibles – Allergies – Brûlures
Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers – Besançon
Diplôme de dermatologie pédiatrique – Montpellier
Diplôme de dermatologie et maladies du système – Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر
أمراض و جراحة الجلد و الشعر و الأنفام
الأمراض المنقولة جنسيا – الحساسية – الحروق
ديبوم طب التجميل و العلاج بالليزر – بيزنسون
ديبوم الأمراض الجلدية عند الأطفال – مونيولي
ديبوم الأمراض الجلدية و الباطنية – باريس

Casablanca le :

الدار البيضاء في :

12/12/2019

PPU: 49,60 DH
DT: 19F18/B
EXP: 06/2022

38,50



Mme EL AOUNI Khouloud

MALTOFER CP

1cp 2fois par jour, pendant 3 mois

D CURE FORTE 100000

1 ampoule / 1 mois pdt 3 mois

NANOGEN SERUM ANTI CHUTE

le soir sur le cuir chevelu

ECRINAL CAPSULE

1 capsule par jour , pendant 3 mois

Cytophase gelule

2 gpx 2 / j pdt

*Total 6 semaines
280,60 2 gpx 2 / j pdt 6a*

38,50



38,50



38,50



38,50



38,50



Angle Bd Tan Tan et avenue Dr Sijil
1er étage, Appt 3,
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09

إقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء
drbenhiba@gmail.com : البريد الإلكتروني

زاوية شارع طابنك
الها

Dr Ouafae BENHIBA

DERMATOLOGUE - VENEROLOGUE



الدكتورة وفاء بنهيبية

اختصاصية في الأمراض الجلدية و التناسلية

Médecine esthétique - Cosmétologie - Lasers

Maladies et chirurgies de la peau, cheveux et ongles

Maladies sexuellement transmissibles - Allergies - Brûlures

Diplôme de dermatologie esthétique, cosmétologie et lasers - Besançon

Diplôme de dermatologie pédiatrique - Montpellier

Diplôme de dermatologie et maladies du système - Paris

طب التجميل و العلاج بالليزر

أمراض و جراحة الجلد و الشعر والأظافر

الأمراض المنقولة جنسيا - الحساسية - الحروق

دبلوم طب التجميل و العلاج بالليزر - بيزنسون

دبلوم الأمراض الجلدية عند الأطفال - مونتبيلير

دبلوم الأمراض الجلدية والباطنية - باريس

Casablanca le :

07.10.2019

الدار البيضاء في :

EL Aouni Khouled

Foukone
vit D

LASERATION LASER 43 PALMIER
50, Rue El Mourtada Quartier
Palmier 20340 - Casablanca
tel: 0522 23 67 12 Fax: 0522 23 67 28

Mme EL AOUNI Khouled
01-10-1980
1911223130
22-11-2019 00:00

SUR CAHIER
BENHI

Dr. Ouafae BENHIBA
Dermatologue - Vénérologue
Angle Bd. TanTan et Avenue Dr Sijilmassi
1er étage, Appt 3 - Bourgogne - Casablanca
Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15

Angle Bd TanTan et avenue Dr Sijilmassi (ex. Bd du phare), résidence Sami,

1er étage, Appt 3, Bourgogne - Casablanca

Tél: 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - E-mail : drbenhiba@gmail.com

زاوية شارع طانطان و شارع الدكتور سيلماسي (شارع المنار سابقا)، اقامة سامي، الطابق الاول، شقة 3، بوركون - الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 36 55 77 / 06 41 47 09 15 - البريد الإلكتروني : drbenhiba@gmail.com

FACTURE N° 1911223130
LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 22-11-2019

INPE : 093002574

Mme Khouloud EL AOUNI

Demande N° 1911223130
Date d'examen : 22/11/2019

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A	Prise de sang Adulte	E25	E
0154	Ferritine	B250	B
0439	Vitamine D	B450	B

Total des B : 700

Arrêtée la présente facture à la somme de : * **1040.00 DH** *
mille quarante dirhams

LABORATOIRE CASALAB PALMIER
50, Rue El Mourada Quartier
Palmier 20340 - Casablanca
tél: 0522 23 67 29 - Fax: 0522 23 67 29

C



Dossier N° : **1911223130** Patient N° : A20120405207
Résultats de : **Mme Khoulood EL AOUNI**
Né(e) le : 01/10/1980 - 39 ans
N° CIN : BL4385
126 Leonard de Venchi n8 Et 2
20000 CASABLANCA

0.00

Madame Le Dr OUAFABE BENHIBA
(Dermato)

Agle Bd Tantan et Dr Sijlmassi Bourgonce
20000 CASABLANCA

Edition du : 22-11-2019 à 15:28
Dossier enregistré le 22-11-2019 13:16 par JAM

Prélèvement du 22/11/2019 à (heure non communiquée) par FIC

< Compte-rendu complet validé techniquement par : ZS >

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

BIOCHIMIE

03/07/2019

Ferritine
(ECLIA)

12,0 ng/ml (13,0-150,0)

10,0

Domaine de référence pour les adultes :

Hommes de 20 à 60 ans : 30 à 400 ng/ml
Femmes de 17 à 60 ans : 13 à 150 ng/ml

Domaine de référence pour les enfants :

< 1 an : de 12 à 327 ng/ml
de 1 à 3 ans : de 6 à 67 ng/ml
de 4 à 6 ans : de 4 à 67 ng/ml
de 7 à 12 ans filles : de 7 à 84 ng/ml
de 7 à 12 ans garçons : de 14 à 124 ng/ml
de 13 à 17 ans filles : de 13 à 68 ng/ml
de 13 à 17 ans garçons : de 14 à 152 ng/ml



Dossier n° 1911223130 - Mme Khoulood EL AOUNI

1 / 2

Vitamines

03/07/2019

25-OH-Vitamine D (D2+D3)

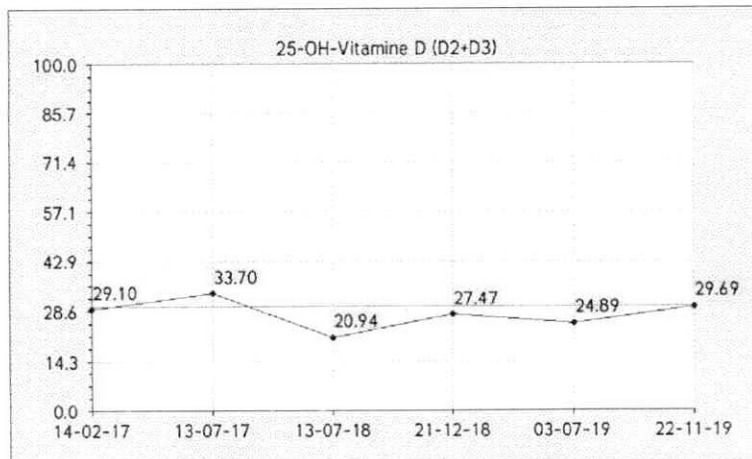
29,69 ng/mL

(30,00–100,00)

24,89

Domaine de référence Cobas6000 :

< 10 ng/ml	:	Carence
Entre 10 et 30ng/ml	:	Déficit
Entre 30 et 100 ng/ml	:	Normal
> 100 ng/ml	:	Toxique



Validation biologique par : Le Dr M. JENANE Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI



Dossier n° 1911223130 de Mme Khouloud EL AOUNI

2 / 2