

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions générales :

cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie. validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, traction multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

### acie :

es vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

ur les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### ogie et Biologie :

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.

### ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### cation :

entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de séances d'éducations.

ur le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

### ire :

cas de prothèses ou de traitement canalaires, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

### ie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

éclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

### Adresses Mails utiles

éclamation : contact@mupras.com

ise en charge : pec@mupras.com

adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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° W19-461447

56 891

CA

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 6418			
Société : R.A.M			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NEJJARI YASMIN			
Date de naissance : 12/06/1903			
Adresse : 14 AL KHORON PAL Hay Houda, Beni H			
Tél. : 0661327024			
Total des frais engagés : Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 07/01/2022	
Nom et prénom du malade : NEJJARI YASMIN	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie : NEJJARI YASMIN	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : YAL GIC	
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) :

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie N° W19-461447	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Couper à conserver par l'adhérent(e).	
Mupras 22 DEC. 2021	
ACCUEIL SIEGE RAM	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES			
Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
07/01/21	5	1500	INP : 094020528 Signature : [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES		
et du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Argus Avenue Dmr A. Bérechid et Rue Al Berachid Béjaïa Tel/Fax 022 53 43 25	07/01/21	449.66.2

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES			
et signature du Docteur et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
SPÉCATOR U'Analyses Médicales Réception Centre Fousser II N°12 Berrechid			780.00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Net et signature du Particien	Date des Soins	Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
		AM	PC	IM	IV

VOLET ADHERENT	
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.	

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.																											
INP : [ ]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	MONTANTS DES SOINS [ ]	DEBUT D'EXECUTION [ ]																								
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	Coefficient DES TRAVAUX [ ]	MONTANTS DES SOINS [ ]	FIN D'EXECUTION [ ]																								
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">O.D.F</td> <td colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</td> </tr> <tr> <td colspan="2">PROTHESES DENTAIRES</td> <td colspan="2"> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> </td> <td colspan="2"> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </td> </tr> </table>				O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		PROTHESES DENTAIRES		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553				<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	
O.D.F		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																									
PROTHESES DENTAIRES		<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	35533411	G	11433553													
H	25533412	21433552																									
D	00000000	00000000																									
B	00000000	35533411																									
G	11433553																										
		<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																									
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																											
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																											

Dr RAFIK MARIYA  
 Spécialiste en médecine interne  
 Maladies Systématisques  
 Grands Syndromes  
 Maladies Rhumatologiques  
Maladies du Sang  
 Ex Médecin  
 à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd  
 Casablanca



الدكتورة رفيق مرية  
 اختصاصية في الأمراض الباطنية  
 الأمراض المجموعاتية  
 الأعراض الكبri  
 أمراض الروماتيزم  
أمراض الدم  
 طيبة سابقة مستشفيات  
 مولاي يوسف و ابن رشد  
 الدار البيضاء

Berrechid le : 15 Janv 2021  
 برشيد في :

Nelle NEJJS 225 y nersNA

40.50 X 8  
 11) Tandyle 8  
 14 x 213 = 14  
 14 x 213 = 14



20.90 X 6  
 2) V.VD 200 00 00  
 14 x 213 = 14  
 14 x 213 = 14

449,40

Dr. RAFIK MARIYA  
 Spécialiste en médecine interne  
 Maladies Systématisques Rhumatologiques  
 Adresse: 07 Avenue Okba ibn Nafaa  
 Berrechid, Casablanca



Avenue Okba Ibn Nafaa RDC Berrechid

شارع عقبة ابن نافع الطابق السفلي - برشيد

Tél : 0522 32 55 94

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH

ZENITH Pharma  
AMM N°171/16 DMP/21/NNPR



6 118001 272228  
PPV : 20,90 DH



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH  
319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH  
319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH  
319334



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH



6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH  
319334

6 118001 103041  
**Tardyferon® 80mg**  
30 comprimés pelliculés

Distribué par COOPER PHARMA  
41, Rue Mohamed Diouri - Casablanca  
Pharmacien Responsable : Amina DAOUDI

PPV : 40,50 DH

319334

319334

Dr RAFIK MARIYA  
 Spécialiste en médecine interne  
 Maladies Systématisques  
 Grands Syndromes  
 Maladies Rhumatologiques  
Maladies du Sang  
 Ex Médecin  
 à l'hôpital My Youssef et Ibn Rochd  
 Casablanca



الدكتورة رفيق مرية  
 اختصاصية في الأمراض الباطنية  
 الأمراض المجموعاتية  
 الأعراض الكبرى  
 أمراض الروماتيزم  
أمراض الدم  
 طبيبة سابقة بمستشفيات  
 مولاي يوسف و ابن رشد  
 الدار البيضاء

Berrechid le : 07 Janv 2021  
 برشيد في :

Mr NEJJARI YASSINE

1) NCL CRP

2) Colonne Hb

3) LIMITE MIE

4) Nafre Semme

5) TSEK TCR TCA

6) ALbumine séreuses

LABORATOIRE SEKKAT  
 L'Analyse se fait dans les 24h  
 Reçue le 12 Janvier 2021  
 Spécialiste en Médecine Interne  
 Dr RAFIK MARIYA

Laboratoire SEKKAT  
 NEJJARI YASSINE

# Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

**Docteur Mohamed Sekkat**  
Médecin Biogiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue  
Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid  
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : [laboratoiresekkat@gmail.com](mailto:laboratoiresekkat@gmail.com)  
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -  
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

## Facture

N° facture : 2021-00362

Patient : Mlle NEJJARI Yassmine

Édité le : 08/01/2021

Date prélèvement : 08/01/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
NUMERATION FORMULE SANGUINE AVEC PLAQUETTES (NFS)	80	80,00
EXPLORATION DE LA VOIE EXOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
EXPLORATION DE LA VOIE ENDOGENE DE LA COAGULATION	40	40,00
Albumine sérique	60	60,00
Calcium	30	30,00
Lipase	150	150,00
Potassium	30	30,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	450,00
C Réactive Protéine (CRP)	100	100,00
<b>Total B</b>	<b>980</b>	<b>980,00</b>
<b>APB</b>	<b>1,0</b>	<b>0,00</b>
<b>Total de Remise effectuée</b>		<b>200,00</b>
<b>Total</b>		<b>780,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent quatre-vingt dirhams\*\*\*

LABORATOIRE SEKKAT  
D'Analyses Médicales  
Récéption  
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid