

# 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.

N° W19-586835

56896

Autres

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6042

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BENABDELLAZIK KARINA

Date de naissance :

29/11/1960

Adresse :

Villa Jumelée 45, Résidence Dar El Kéf -

Tél. :

0661 100748

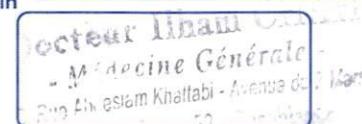
Total des frais engagés :

261,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

15/04/2021

Nom et prénom du malade :

BENABDELLAZIK Karina Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection

Symptôme

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 : CASABLANCA

Le : 15/04/2021

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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              |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 19/04/2021      | 1C                | 1                     | 150\$                           | INP 041039801<br>M. Dr. Dr. Générale<br>Khalil - Avenue de la<br>Casablanca |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| PHARMACEUTIQUE<br>Elie BENJEDDOUN<br>Docteur en Pharmacie<br>35, Boul. de l'Indépendance<br>Tunis - Tunisie<br>Tél: 0522-86-15-13<br>Fax: 0522-86-15-13 | 15.11.01 | M. 10                 |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue  | Date      | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|--|-----------|------------------------------|------------------------|
| <br>105/01/21 | 105/01/21 | B538                         | 700,00                 |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

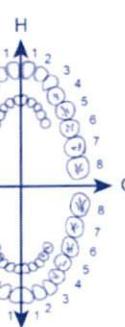
| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I 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  | INP : [ ]                  |
|------------------------------|--|------------------|--|----------------------------|
|                              |  |                  |  | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                              |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS [ ]     |
|                              |  |                  |  | DEBUT D'EXECUTION [ ]      |
|                              |  |                  |  | FIN D'EXECUTION [ ]        |
| O.D.F<br>PROTHÉSES DENTAIRES | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE   |                  |  |                            |
|                              |                               |                  | $  \begin{array}{c c}  H & \\  \hline  25533412 & 21433552 \\  00000000 & 00000000 \\  \hline  00000000 & 00000000 \\  35533411 & 11433553 \\  \hline  B &  \end{array}  $ | CŒFFICIENT DES TRAVAUX [ ] |
|                              | <p><b>[Création, remont, adjonction]</b><br/>         Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> |                  |  | MONTANTS DES SOINS [ ]     |
|                              |  |                  |  | DATE DU DEVIS [ ]          |
|                              |  |                  |  | DATE DE L'EXECUTION [ ]    |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE  
ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطب العام  
الفحص بالصدى

Dr. M. BENABDELLAH K. Kada

Ordonnance

Casablanca, Le

15/04/2021

Cardiopaspirine 100 mg/30cps  
Acide acétylsalicylique  
P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

Barcode: 6 118001 090280

Dr. Ilham Chah  
cardiopaspirine  
Acetylsalicylic acid  
150mg x 30 tablets  
150DH x 30  
52.80 DH  
Pinza 150 mg  
paracetamol  
M. 10

Dr. Ilham Chah  
cardiopaspirine  
Acetylsalicylic acid  
150mg x 30 tablets  
150DH x 30  
52.80 DH  
Pinza 150 mg  
paracetamol  
M. 10

Dr. Ilham Chah  
cardiopaspirine  
Acetylsalicylic acid  
150mg x 30 tablets  
150DH x 30  
52.80 DH  
Pinza 150 mg  
paracetamol  
M. 10

Vita C1000®  
PPV 150DH30  
EXP 10/2023  
LOT 00057 8

Vita C1000®  
PPV 150DH30  
EXP 10/2023  
LOT 00057 8

3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف: 06 6146 84 49 | المستعجلات: 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

Docteur Ilham Chah

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIQUE



الدكتورة إلهام شاه

الطبيب العام

الفحص بالصدى

Mme BFNA BOUERRAZIK Kaciaca  
Ordonnance

Casablanca, Le

15/01/2021

Tst covid 19 PCR.

Dr. Ilham Chah  
Médecine Générale  
3, Rue Abdeslam El Khatabi - Avenue du 2 Mars  
Tél: 022.20.34.37 - 06.61.46.84.49



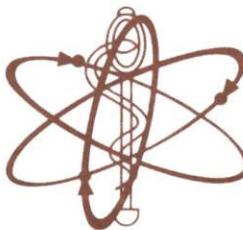
3, Rue Abdesalam El Khatabi, AV 2 Mars 1 Etage Appt N° 2 - Casablanca

الهاتف : 06 61 46 84 49 | المساعجلات : 05 22 83 74 44 / 05 22 28 34 52

زنقة عبد السلام الخطابي شارع 2 مارس الطابق الأول، رقم 2 - الدار البيضاء

# Anoual

Laboratoire de Biologie medicale  
 Genetique moleculaire  
 Radio immuno-analyse  
 Diagnostic Prenatal  
 Biologie de la Reproduction



# أنوال

**Docteur Jamal FEKKAK**

Radio-biologiste

 Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris  
 Diplômé de l'Université Paris VII  
 et de l'Institut Pasteur de Paris  
 Biologiste Qualiticien

**FACTURE N° 2101150134**
**Mme Karima BENABDERRAZIK**

Demande N° 2101150134

Date de l'examen : 15-01-2021

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse                        | Val  | Clefs |
|----|--------------------------------|------|-------|
|    | Recherche SARS CoV2 par RT-PCR | E700 | E     |

Total des B.

TOTAL DOSSIER : 700 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :sept cents dirhams DH

