

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

06961

Société :

(CASA)

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

GNIOUI MOHAMMED

Date de naissance :

26/05/54

Adresse :

AMBAR 2 AIN DIAB CASA

Tél. :

0661 0703 89

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

23/12/2012  
M. Dousmii Driss Age: 47 ans

Lien de parenté :

Lui-même  
Reelle Reek

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 : 23/12/2012

Signature de l'adhérent(e) :

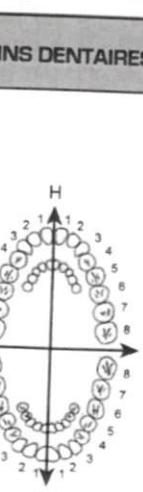
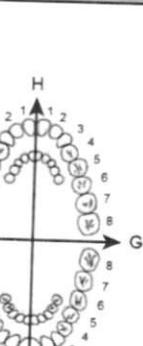
loua

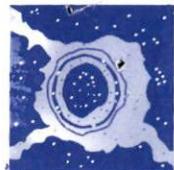
MUPRAS

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
23.12.16	(S)	Q2	300 (S)	INP : 1111111111 DR SLIMAN HABIB MEDICIN SPECIALISTE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE DO RAHMA SUE IBN ABI TALEB MOB: 0522516849

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE D'ANATOMOPHYSIQUES IBN KHALDOUN</b> Angle bld Abdellah Ben Badis et Avenue Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRITEL Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRITEL <b>093003093</b>	23/12/20	P270	300 DT
<b>CENTRE DE RADIOPATHIE</b>	05/01/21	230 kgo	1200 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Patient: t.rouabah@hotmaill.fr	Date des Soins	Nombre					
		AM	PC	IM	IV		

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient												
				INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <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>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>																
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>																



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## DEMANDE D'EXAMEN HISTO - CYTOPATHOLOGIQUE

Dr SLIMANI SIHAM

MEDECIN SPECIALISTE

GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

2 RESID ORTHOMARINE 104 AB TALEB

IBN KHALDOUN - TEL: 05 22 51 68 29

Ordonnance du docteur : .....

Nom et prénom : ..... Nom : ..... Prénom : ..... MR  MME  MLL  ENF

Age : ..... M<sup>me</sup> Bouabne Doumimi

Référence : ..... 4 Toes

Siège et nature du prélèvement : .....

Cytologie :

- Frottis de dépistage : - Vagin  Exocol  Endocol  Endometre

- Date des dernières règles : ..... Date : ..... ANNEES : ..... MOIS : ..... JOURS : .....

- Traitements éventuels : ..... 104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila

Dr. F. SEKKAT

Dr. A. BRITEL

Renseignements cliniques et paracliniques : .....

Radiographies : .....

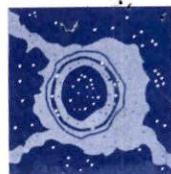
← Résultat de l'examen histopathologique  
LABORATOIRE DE CYTOLOGIE IBN KHALDOUN 104 BIS Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila Dr. F. SEKKAT Dr. A. BRITEL

Date : .....

23-12-2006

Signature : .....

Dr SLIMANI SIHAM  
MEDECIN SPECIALISTE  
GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE  
RUE 104 AB TALEB  
IBN KHALDOUN - TEL: 05 22 51 68 29



# LABORATOIRE D'ANATOMIE ET DE CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES IBN KHALDOUN

Dr. SEKKAT F. Dr. BRITEL A.

## FACTURE

FACTURE : 16859

CASABLANCA LE : 23/12/2020

Analyses effectuées le: 23/12/2020

Pour.....: Mme DOUMIRI BOUCHRA

Sur prescription du: Dr SLIMANI SIHAM

Code.....: 02W5491



Organisme.....: NC

LABORATOIRE DE PATHOLOGIQUES  
IBN KHALDOUN

104 BIS, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Chatila

Dr. F. SEKKAT

Dr. A. BRITEL

**Montant Net :** 300.00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS Dhs 00 Cts

093003093

104 مكرر، زاوية عبد المؤمن - 1، زنقة شاتلا - الدار البيضاء - الهاتف : 0522.99.37.86 - الفاكس: 0522.99.37.20/21

104 bis, Angle Bd Abdelmoumen - 1, Rue Chatila - Casablanca - Tél.: 0522.99.37.20/21 - Fax : 0522.99.37.86

Email : laboratoire.ibnkhaldoun@gmail.com

I.F : 01085932 - Patente : 34772143 - ICE : 001676411000013