

# 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.

**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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W21-609514

64858

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 2305	Société :		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MOUARAZI NAFIA			
Date de naissance : 16/06/1953			
Adresse : 25, Bis Rue d'Agadir			
Tél. : 060 366 457	Total des frais engagés : 825 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : / /	
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCUEIL	
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 : 09/03/2021

Signature de l'adhérent(e) : CMY

VOLET ADHERENT	
Déclaration de maladie	N° W21-609514
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : / /	
Nom de l'adhérent(e) : / /	
Total des frais engagés : / /	
Date de dépôt : / /	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	

#### **BELEVE 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
				INP : <input type="text"/>

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/10/2011	50	825,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

## VOLET ADHERENT

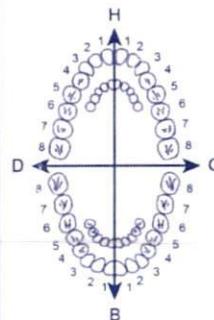
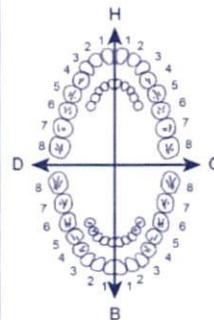
\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
				<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
				<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
				<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="text"/>
	D	00000000 35533411	00000000 11433553	<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="text"/>
	B			<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="text"/>
				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="text"/>
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

CLINIQUE JERRADA OASIS

مصحة جرادة الوازيس

جـ

Casablanca, le 12 - 02 - 2021

Mme. NOURATIT Nouria

I L6

✓

CENTRE DE BIOLOGIE  
DES HÔPITAUX « CBH »  
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca  
Tél. : 05 22 20 35 35 / 05 22 27 77 77

**L'ABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH  
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca**

Tél : 05.22.20.35.35 / 05.22.27.66.74  
Patente : 36332437 I.F. : 40288423  
N° ICE : 0017 10887 0000 07

Fax : 05.22.20.35.15  
CNSS : 8036726  
Code INPE: 093062362



**FACTURE No : 156116**

Casablanca, le : 12/02/2021

Analyses effectuées le ... : 12/02/21 à 14h18  
Sur prescription du ..... : Dr MJAHED Khalid

Identité Patient ..... : Mme NOURAZIZ NAIMA  
Code Patient ..... : 325645

**BILAN :**

1 IL6 INTERLEUKINE 6 Dh 800,00

**TOTAL B : 0**

**TOTAL HN : 0**

**0**

**MONTANT : 825,00 DH**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : 825,00 DH**

Dr M. BENKIRAN  
Pharmacien Biologiste  
Centre de biologie des hôpitaux casablanca  
Tel: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

LABORATOIRE  
DES HÔPITAUX « CBH »  
Rue du Colonel Gros - Casablanca  
05.22.20.35.35 / 05.22.27.66.74  
05.22.20.35.15

# مركز المستشفيات للتحليلات الطبية

## Centre de Biologie des Hôpitaux

Prélèvement à domicile sur rendez-vous  
Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN  
Pharmacien Biogiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 12/02/21 à 14h18  
Edité le : 12/02/21 à 16h31

Mme NOURAZIZ NAIMA  
Patient 325645 Né(e) le 16/06/1952  
Dr. MJAHED Khalid

Prélèvement transmis au Laboratoire

Page : 1 / 1

### BIOCHIMIE

NORMES

ANTECEDENTS

#### INTERLEUKINE 6 (IL-6)

(Technique Chimiluminescence sur COBAS 6000 - ROCHE)

IL-6 ..... 2,30 pg/mL (N : < 7) 10/02/21 : 3.41

Dr MALIKA BENKIRAN

Dr Malika BENKIRAN  
Pharmacien Biogiste  
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7



stationnement  
assuré

3, rue Caïd Najem ex Colonel GROS , Quartier des Hôpitaux - 20 360 CASABLANCA

Tél.: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - 05 20 99 99 44 - 06 61 75 52 65

E-mail : cbhmaroc@yahoo.fr - Site web : www.cbh.ma