

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS**



Déclaration de Maladie
N° M20- 0007523

Maladie Dentaire Optique **67146** Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **6714** Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : **KRITA AHMED**
 Date de naissance : **15/12/49**
 Adresse : **714 Rue SAINT Laurent, Appt 508**
RESID RIZK - CASA
 Tél. : **066721103** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : **29/03/21**
 Nom et prénom du malade : **Ben Abdelhak Zmel** Age :
 Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
 Nature de la maladie : **22 pages**
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :
 Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiqué 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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.

Diagnostique 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

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

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
29/03/21	...	1	200,5	
21	...			

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	29/03/2021	98.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	29/03/21	3.500	695,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

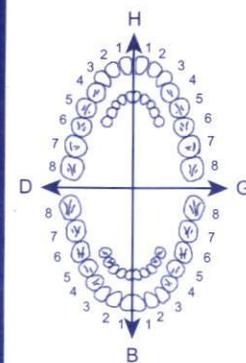
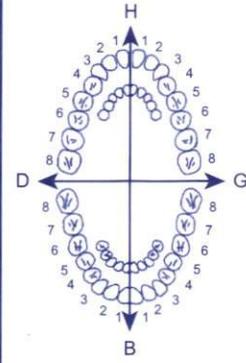
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	D		B																									
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																								
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																								
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition
Diplôme universitaire en échographie clinique
Faculté de Médecine Montpellier France
ELECTROCARDIOGRAMME
Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطبيب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبلييه - فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 9 MARS 2021 في الدار البيضاء.

98,30

M = Ben Asselme tines
A Hygène
1/24
au centre
au centre



Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN F. Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca
(au dessus de la pharmacie Hay El Baladia)
Tél.: 05 22 80 91 91

OMNIPRATICIEN

Diplôme universitaire en diabétologie
Diplôme universitaire en Diététique médicale et Nutrition
Diplôme universitaire en échographie clinique
Faculté de Médecine Montpellier France
ELECTROCARDIOGRAMME
Membre de la Société Francophone du Diabète
sur rendez-vous

الطب العام

دبلوم جامعي في مرض السكري
دبلوم جامعي في الحمية الطبية و التغذية
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى
من كلية الطب مونبولي - فرنسا
التخطيط الكهربائي للقلب
عضو الجمعية الفرونكوفونية لمرض السكري
بالموعد

Casablanca, le 29 MARS 2021 في الدار البيضاء.

Mme Samia Sulekha

- NFS M K
- BHA
- D dimers
- Drogue Les hypomus

Dr. Hassan Chahid
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca
Tel.: 05 22 81 91 91

Dr. Hassan CHAHID
OMNIPRATICIEN Echographie Clinique
D.U. en Diabétologie
146, Rue Moulay Idriss, Hay Baladia - Casablanca
(au dessus de la pharmacie "Hay Baladia")
Tel.: 05 22 81 91 91

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
425, bd Mohamed VI, 3ét Derb Elkabir 20500
0522815936 – 0522815940

FACTURE N : 210300964

CASABLANCA le 31-03-2021

Mme Zineb Ep Krita BENABDALLAH

Demande N° 21033120448

Date de l'examen : 31-03-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PSA	Prélèvement sang adulte	E25	E
	D-Dimères	B250	B
	Troponine IC STAT	B250	B

Total des B : 500

TOTAL DOSSIER : 695.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quatre-vingt-quinze dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN
Dr. Mohamed TOUMI BENJELLOUN
425, Bd. Mohamed VI, 3ème étage - Casablanca
Tél: 05 22 81 51 36

ICE : 001539203000005 / INP : 097164644 / I.F : 44601910



مختبر درب السلطان للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES DERB SULTAN

الدكتور محمد التويمي بن جلون

DOCTEUR MOHAMMED TOUIMI BEN JELLOUN

PHARMACIEN BIOLOGISTE LAUREAT DE L'UNIVERSITE
CLAUDE BERNARD DE LYON (FRANCE)

Enregistré le : 31-03-2021

Prélevé le : 31-03-2021

Edité le : 31-03-2021

Mme BENABDALLAH Zineb Ep Krita

Né(e) le : 01-11-1961

Sexe : F

Réf : 21033120448

Prescripteur: Tél :

Correspondant : Fax :

HEMOSTASE

D-Dimères

(Turbidimetrie)

0.31 µg/ml

(<0.50)

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine IC

(Chimiluminescence)

0.10 ng/mL

(0.12-0.60)

LABORATOIRE DERB SULTAN
D'Analyse Médicale
Dr. Mohammed TOUIMI BEN JELLOUN
425, Bd. Mohamed VI (3ème étage) - Casablanca
Tél: 05 22 81 59 36