

## 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.

### Biologie 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.

### Educational :

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.

### Prothèse :

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 ALIC :

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



68400

compte / CA

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024015

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8898 Société : RAL  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : BENICHE KRAH Date de naissance : 11/08/1966  
Adresse : BGC Villa 248 TF71 Ville Verte - Bouckouba  
Tél. : 0661217622 Total des frais engagés : # 700,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Docteur SLAOUI A  
CARDIOLOGUE  
209, Bd. d'Anfa - CASA  
Tél. 36-60-56



Date de consultation : 19/03/2021  
Nom et prénom du malade : Beniche Krah  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint  
Nature de la maladie : fièvre  
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 : 22/04/2021  
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

### VOLET ADHERENT

## Déclaration de maladie N° P19- 0024015

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8898  
Nom de l'adhérent(e) : BENICHE KRAH  
Total des frais engagés : # 700,00  
Date de dépôt :



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 Règlement des Actes
19/03/2021	C2		Produit	<p><b>Docteur SLAOUI A.</b>  <b>CARDIOLOGUE</b>            209, Bd. d'Anfa - CASABLANCA            Tél. 36.40.56</p>
29/03/2021	C2		Produit	

209, Bd. d'Anfa - CA  
Tél. 36.60.56

**Docteur SLAQUI A.**  
CARDIOLOGUE  
209, Bd. d'Anvers - CASA  
Tél. 36-60-56

[illegible][illegible]

**LABOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. Oufia Quartier Racine  
Casablanca Tél: 0522 48 13 51/

[illegible]

Date des Soins

Nombre

A M

PC

IM

IV

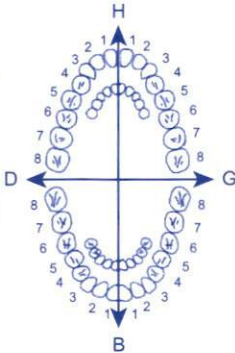
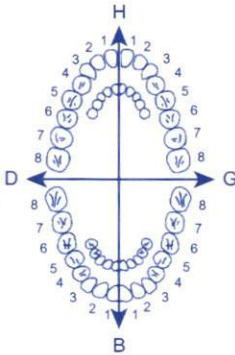
Montant détaillé  
des Honoraires

## RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>														
					MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
					FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1" style="margin: auto; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Important :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de

Dents  
Traitées

Nature des Soins

Coefficient

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

		H	
	25533412		21433552
	00000000		00000000
D			
	00000000		00000000
	35533411		11433553

COEFFICIENT  
DES TRAVAUXMONTANTS  
DES SOINS

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DATE DU  
DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

**VOLET ADHERENT**

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur ABDELOUHAB SLAOUI

Expert Assermenté

Auprès des Tribunaux

الدكتور عبد الوهاب السلاوي

خبير محلف

لدى محاكم الاستئناف

Le 29/03/2024

M. Beche Krou Kroum

PER SARS COV-2

Docteur SLAOUI A.  
CARDIOLOGUE  
209, Bd. d'Anfa - CASA  
Tel. 36-50-56

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

**Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie**

Casablanca le mardi 30 mars 2021

Monsieur BENCHEKROUN KARIM 06 61 21 76 22

FACTURE N°	21896
------------	-------

Analyses :

PCR du SARS CoV - 2

B

490

Total : B 490

TOTAL DOSSIER	700,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Sept Cents Dirhams

مختبر التحليلات الطبية  
LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 05 22 48 13 51/86



# LABIOMED

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ET DE BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

**Monsieur BENCHEKROUN KARIM**  
Dossier N° : CV21526928

Transmission par mail.

Veuillez nous confirmer réception de ce mail.

**Dossier ouvert le : 30/03/21 Prélèvement reçu à 10:43 - Edité le : 01/04/21**

### VIROLOGIE

RT-PCR du Génome SARS-CoV 2 (COVID 19) : Négative

(Réactif FTD - SIEMENS)

Amplification des séquences du gène **ORF1ab** codant la polyprotéine pp1ab  
et du gène **N** codant la protéine de Nucléocapside

Prélèvement effectué par écouvillon au niveau Nasopharyngé avec milieu spécifique.

**Dr Jalil ELMANJRA**

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**