

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



2663

**Déclaration de Maladie : N° P19- 0022624**

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236      Société : RAM  
 Actif       Pensionné(e)       Autre :  
 Nom & Prénom : Harakat Wafa      Date de naissance : 25/06/1954  
 Adresse : Résidence Dalah rue Jbel Azouki - CIL  
 Tél. : 0663 444 000      Total des frais engagés : #500,00#      Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : **Docteur Addi AARAB**  
 Médecin Anesthésiste Réanimateur  
 Traitement de la Douleur  
 Centre International d'Oncologie - Casablanca  
 Tél: 05 22 77 81 81/Fax: 05 22 99 65 74  
 Date de consultation : 19/05/2021  
 Nom et prénom du malade : HARAKAT Wafa      Age:       Adulte       Enfant  
 Lien de parenté :       Lui-même       Enfant  
 Nature de la maladie : Néoplasie du col utérin  
 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 : Cam      Le : 22/05/2021  
 Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*



**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.

**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.

**Prothèse 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
19/05/2011		5	6.000	<i>[Signature]</i>

**Docteur Agnès AAFR**  
 Médecin Anesthésiste Odonatologue  
 Traitement de la Douleur  
 Centre International d'Oncologie - Co-Adjuvance  
 Tel: 05 22 77 81 81 Fax: 05 22 99 65 74

**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
<i>[Signature]</i> LABORATOIRE DE PATHOLOGIE CENTRE Zerkounf	19/05/2011	P454	500,-

**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.

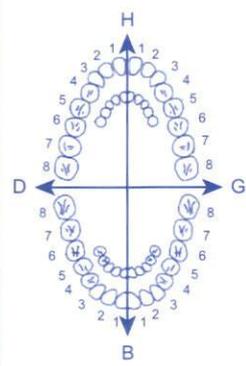
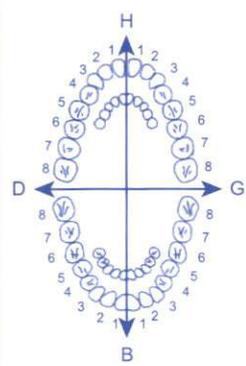
**Important :**

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

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"/>														
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
B																		
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
	<p><b>[Création, remont, adjonction]</b>                      Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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





# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 21/05/2021

**FACTURE N° : 21/05454**

Le laboratoire vous prie de croire à l'assurance de ses meilleurs sentiments et vous présente le relevé de ses honoraires s'élevant à la somme de :

**500,00 Dhs**

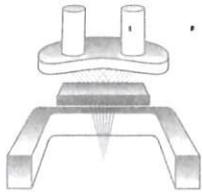
**CINQ CENTS DIRHAMS**

Concernant les analyses exécutées le **19/05/2021**

Pour **HARAKAT Wafa**

Sur ordonnance du : **Dr AARAB ADIL**

**LABORATOIRES DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE**  
52, Boulevard Z.erktouni  
Tél: 022.22.51.31 / 022.22.51.34



# Laboratoire de Pathologie du Centre

Dr. Nouhad BENKIRANE

Pr. Laïla LARAQUI

Casablanca, le 20/05/21

Nom & Prénom : Mme HAKAT Wafa  
Sur ordonnance du : Dr AARAB ADIL  
Réf. : 21C05148

Prélevé et parvenu au laboratoire le : 19/05/21  
Organe ou siège du prélèvement : LCR  
Renseignement(s) clinique(s) : Age : 67 ans  
Recherche de cellules anormales de liquide LCR

## COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Reçu 0,6 cc d'un liquide d'aspect clair montrant après cyto-centrifugation et traitement en phase liquide un fond séreux propre dépourvu de toute cellule.

Conclusion : Aspect cytologique d'un liquide céphalo-rachidien normal.

Dr L. LARAQUI  
Pr. Laïla LARAQUI  
ANATOMO - PATHOLOGISTE  
52, Boulevard Zerkouni  
Tél. 0522 22 51 31/0522 22 51 34  
Fax 0522 22 50 90

RIA 2



Casablanca, le : 19/05/2021

Mme HAKAKAT WAFA  
Né le : 25/06/1954  
COC21E12122233

Mme HAKAKAT WAFA  
Né le : 25/06/1954  
COC21E12122233

Mme HAKAKAT WAFA

Recherche des cellules anormales  
de liquide L.C.R.

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE  
DU CENTRE

52, Boulevard Mohammed VI  
Tél: 0522 22 51 21 / Fax: 0522 22 50 07

Docteur Akdital Aarab  
Médecin Assistante Réanimateur  
Traitement de la Douleur  
Centre International d'Oncologie - Casablanca  
Tél: 05 22 77 81 81 / Fax: 05 22 99 65 74

4, route de l'Oasis rue des Alouettes  
Casablanca  
Tél. : 0522 77 81 81  
Fax : 0522 99 65 74  
E-mail : info@ciocasablanca.ma  
Site web : www.ciocasablanca.ma

**AKDITAL**  
Acteur de Santé