

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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



## Déclaration de Maladie

N° W21-632784

78 343

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A2610 Société : CAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BENHAMZA Samy Amine

Date de naissance : 26/03/1986

Adresse : Harhoura

Tél. : 066176076 Total des frais : 549,70 # Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Sidi Ali Chent

Date de consultation : 09/07/2021

Nom et prénom du malade : BENHAMZA SAMY AMINE

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : Maladie chronique

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 : 18/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Soins
01/07/2021		1	1500M	Dr. Sidi Ali Chery N° 28, 1er étage, Av. Méd. Zarkouni Tél: 0537 40 38 21 Fax: 0537 40 38 21 INPE: 197 2957

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacieur ou du Fabricant	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE HARBOURA Docteur Mohamed Sidi Ali 1202, 1er étage, Av. Méd. Zarkouni Tél: 0537 40 38 21 Fax: 0537 40 38 21 E-mail: sidi.ali@harboura.com	01/07/2021	1057

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées Tél: 0537 40 30 30 Fax: 0537 40 30 35	01/07/21	Bes	293,~

# 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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				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			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> 21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	[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

Dr. Sidelkheir Mly Cherif

Médecine Générale

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical ( Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

الدكتور محمد خير مولاي الشريف

الطب العام

خريج كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبليي ( فرنسا )

Témara le 20-05-07 64 تمارة في

Nom: .....

Age: .....Ans

Prénom: .....

T°: .....C°

Poids: .....

TA: .....

71,30

34,40

105,7

PHARMACIE HARHOÛRA  
Doc. M. Harhoûra  
15-rue-Bat-Esalam Q. Ville 12024 HÂRHOÛRA  
Tél: 05 37 14 12 50 E-mail: sbelamed@hotmail.com

Dr. Cherif  
Clinique  
Chargé (France)  
05 37 64 79 64

08 ملغ

34,40

Ce médicament est indiqué dans le traitement symptomatique de certains troubles cognitifs du sujet âgé (en particulier troubles de la mémoire)

71,30

Tél: 06 61 16 17 69

رقم 28 الطابق الأول شارع محمد الزرقطوني حي النهضة - تمارة - الهاتف : 05 37 60 79 64  
N° 28 1<sup>er</sup> étage Av. Med Zarktouni Hay Nahda - Témara - Tél : 05 37 60 79 64  
GSM : 06 68 43 38 21 : الممتثل ICE : 001613243000095



**Dr. Sidelkheir Mly Cherif**

**Médecine Générale**

Lauréat de la Faculté

de Médecine & de Pharmacie de Rabat

Diplôme Universitaire

- D'Echographie Générale
- De diététique Médical (Obesité)
- De diabétologie
- Université de Montpellier (France)

سيد الخير مولاي الشريف

الطب العام

رئيس كلية الطب و الصيدلة الرباط

الفحص بالصدى

الحمية الطبية (السمنة)

داء السكري

من جامعة مونتبلي (فرنسا)

تمارة في : 06.02.2014

Nom: .....

Age: .....Ans

Prénom: .....

T°: .....C°

Poids: .....

TA: .....

Cette échographie  
a été réalisée  
par  
Thierry  
Dumortier Dr. Dumortier

DR. Sidelkheir Mly Cherif  
Médecin Généraliste  
Echographie Clinique  
Université de Montpellier (France)  
Tél : 05 37 60 79 64





RÉSULTAT ÉLECTRONIQUE

Dossier enregistré le : 01-07-2021

Prélèvement du 01-07-2021 à 13:25

Code patient : 1702230011



Mr Samy-Amine BENHAMZA

Né(e) le : 26-03-1986 (35 ans)

Prescripteur : Dr SAMIRA HARMOUCHI

Dossier N° : 2107010092



Prélèvement interne

HEMOSTASE

Contrôle de Qualité Quotidien ( S.H.D.- Marburg Germany)

D-Dimères

(Dosage immunologique / SD BIOSENSOR F200)

138.00 ng/mL

0.14 µg/mL

(<500.00)

(<0.50)

22-12-2020

25.00

0.03



# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Professionnel



107133479

INPE -Etablissement



103061172

**FACTURE N° : 210700064**

TEMARA le 01-07-2021

**Mr Samy-Amine BENHAMZA**

N° de dossier : 2107010092

Date de l'examen : 01-07-2021

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	PRELEVEMENT SANGUIN	-	HN
0235	D-DIMERES	B200	B

Total des B<sup>1</sup> : 200

**TOTAL DOSSIER : 293MAD**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : : deux cent quatre-vingt-treize dirhams**

**Mode de paiement effectué : Carte bancaire**

<sup>1</sup> le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effecteur.

**CACHET DU LABORATOIRE :**



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Abdelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20