

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

- 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'Horizon
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Maladie ☒ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres** ☐

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7082 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : FARIS TAOUFIK

Date de naissance : 02-02-1958

Adresse : Résidence Chabab Dindab 1373 AE Scher Casablanca

Tél. : 0668385526

Total des frais engagés : 170.60 Dhs

Cadre réservé au médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/07/2021

Nom et prénom du malade : AIT LHOSSAINE ATIKA Age : 46 ans

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

Nature de la maladie : Mal pharyngé (la trach)

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 : 20/08/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

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
12/8/22		9	13000	INP : 00000000 Dr. BERNANI Mouhssine 34, Rue 3 Amal - Sid Bernoussi Casa Tel: 05 22 75 62 85 / Fax: 05 22 75 62 84
13/8/22		Coctel		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	13/8/22	540,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MEDICAL Dr. BENNANI Mouhssine 34, Rue 3 Amal - Sid Bernoussi Casa Tel: 05 22 75 62 85 / Fax: 05 22 75 62 84	12/8/21	B43485	500000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canalaires, 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 <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																				
25533412	21433552																			
00000000	00000000																			
D																				
00000000	00000000																			
35533411	11433553																			
B																				
G																				
	[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

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale
Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa

دكتور نوري محمد



PHARMACIE ATHINA
N7 Lot Chabab Group
Ain Sebaa CASABLANCA
Tél : 0522 75 31 24

الطب العام
الفحص بالموجات
خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le

13/08/2021

Nom :

Abd L Houssaine

- Advaquent 200 1

- A252 1cp 2 per d
1cp per d

- Vitac 1000 1cp

- D Cure 25.000 vis 1cp

- mebo 20 mg 1cp

- atomyt 1g 1cp

- Kardolac 300 1

- ulipizure 1g

- Zenc 1cp

LOT 20011
PER 01/20
PPV 43DH40

PPV 79DH70
PER 07/24
LOT K2113

PPV 79DH70
PER 07/24
LOT K2113

PPV 15DH30
EXP 06/2024
LOT 16080

PPV: 56,30 DH
LOT: 21A140
EXP: 01/2023

LOT: M0532
PER: 04/2023
PPV: 75,00 DH

P.P.V.: 30DH70

6 118001 081196

67DH
P.P.V.: 14,50 DH
6 118000 191711

Gsm : 06 60 56 47 82

05.22.75.31.24 : الدار البيضاء - البرنوصي - أمال III - رقم 144 شارع أبي در الغفاري، رقم 144، Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24

Docteur NAWRI Mohamed

Medecine Générale
Echographie

Laureat de la Faculté
de Medecin de Casa



دكتور ناوري محمد

الطب العام
الفحص بالصدى

خريج كلية الطب
بالدار البيضاء

Casablanca, le 12 08 2021

Nom :

Art choussaine ART Ka

Analyse biologique

Covid 19 (PCR)

Prélevement nasal
pharynx

Laboratoire de diagnostic
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casablanca
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 66

Docteur Mohamed NAWRI
Medecine Générale
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari
Tél : 05 22 75 31 24
Fax : 05 22 75 31 24

Gsm: 06 60 58 47 82

شارع أبي در الغفاري، رقم 144 أمل III - البرنوصي - الدار البيضاء - الهاتف : 05.22.75.31.24
144, Bd. Abi Dar El Ghaffari Amal III, Bernoussi - Casablanca - Tél. : 05 22 75 31 24



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
LABOFAR

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -
BACTÉRIOLOGIE-VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

34, Rue 3, Amal 3, Sidi Bernoussi, Casablanca

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com

FACTURE N° : 210800412

Mme AIT LHOUSSEINE Atika

Référence : 21082255

Date de l'examen : 12-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9106	PRELEVEMENT BACTERIOLOGIQUE	E25	E
	PCR SARS COV2	B431.85	B

Total des B : 431.85

TOTAL DOSSIER : 500.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams .

Laboratoire d'analyses médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI MOUHSSINE
34, Rue 3 Amal 3 - Sidi Bernoussi Casa
Tél.: 05 22 75 62 85

ICE : 001535545000025

IF : 43900655

CNSS : 2175570

Patente : 31603034

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES LABOFAR

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE – IMMUNOLOGIE –
BACTÉRIOLOGIE–VIROLOGIE – PARASITOLOGIE – MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 75 62 85 - Fax : 05 22 75 62 86
Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 08h00 - 17h00
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENNANI Mohammed Mouhssine
labofarbennani@gmail.com



Code Patient 18052318
Edition : 12-08-2021 à 21:27

Mme AIT LHOSSAINE Atika
Né(e) le : 27-05-1975 (46 ans – F)

Référence : 21082255
Médecin :
Prélèvement du : 12-08-2021 à 13:49

ANALYSES SPECIALISEES

Num document d'identité I386451

PCR Sars Cov2 (Covid-19) Positive – Sars Cov 2 detected

Nature du prélèvement Pharyngé

Technique : Amplification et détection en temps réel de marqueurs génétique du virus Sars-Cov-2 (Gene E, Gene N et Gene RdRP).

Kit utilisé : Genefinder ; Thermocycleur : BIOER Quantgene9600 ; Interpretation automatique en accord avec les règles de positivité edictées par le fabricant du Kit.

Résultat à confronter au contexte clinique. Un faux négatif est en particulier possible durant la phase d'incubation du virus (contage < 5j en l'état actuel des connaissances).

Merci a tous les voyageurs de verifier l'orthographe de leur nom et prenom, leur date de naissance, ainsi que leur numero de piece d'identite.

Demande validée biologiquement par : Dr. M.BENNANI

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Avril 3 - Sidi Bernoussi, Casa
Tél: 05 22 75 62 85 / Fax: 05 22 75 62 86

Laboratoire d'Analyses Médicales
LABOFAR
Dr. BENNANI Mouhssine
34, Rue 3 Avril 3 - Sidi Bernoussi Casa
Tél.: 05 22 75 62 85 / Fax : 05 22 75 62 86