

# COMMANDEMENTS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Informations 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.

## 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

- |   |                       |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| <input type="checkbox"/> 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.

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8962

Société : RAM

Actif

Pensionnée

Autre :

Nom & Prénom : Abdellah Jammal

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0661303998 Total des frais engagés :

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 :

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

#### **RELEVE 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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Centre de Patologie Spéciale CASAPATH Rue des Malaux Résidence du parc Bâtiment Lavoisier 22222404 Tél. 01 46 - Fax 01 46 77 22 00 e-mail : casapath@wanadoo.fr	14-7-21	14.107121 B.150	226,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **RELEVE 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 d'explorations.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 00000000 00000000	B 35533411 11433553	Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

**VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS**

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

14/02/21

7<sup>e</sup> Mode laryngé ! Gauze

Poche à l'air  
de Veske poplite

L<sup>e</sup> étude clinique

**Dr. BELHOUCINE A. FATTAH**  
Radiologie Diagnostique et Interventionnelle  
Résidence les Fleurs 59, Bd. Zerkouni  
Angle Rue des Hôpitaux - Casablanca  
Tél.: 05 22 88 11 11 - INPE : 09 161 27 60

Dr Bellouc



# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

## FACTURE

REF : 21/5765

Casablanca, le 14/07/2021

Date de facturation 14 / 07 / 2021  
Médecin traitant Dr. BELHOUCINE ABDELFATTAH  
Patient ABDELWAHD JAMAL - 078988  
Demande **C10714221 - 14/07/2021**

### Liste des examens

CYTO PONCTION

A Payer	400,00	Dhs
coefficient-P	364	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS ET 00 CENTIMES

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux Résidence du parc  
1er étage 20360 - Casablanca  
Tél.: 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24

**CENTRE DE PATHOLOGIE SPECIALISEE CASABLANCA**  
**Dr. Lamia JABRI**      **Dr. Amal Benkirane**

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Référence : **C10714221**



Médecin traitant : Dr. BELHOUCINE ABDELFATTAH

Date réception : 14/07/2021

Date réponse : -

Org. : Aucun

Examen : **Cytologie**

Nature prélèvement : **CYTO PONCTION**

Total 400,00 Dhs Avance : 400,00 Dhs Reste : 0,00 Dhs

Chèque

Code Patient :

**078988**

Nom & Prénom :

**ABDELOUAHED JAMAL**

Age : **51 ans**

Contenant :

Bloc : 0

Flacon : 1

Lames : 0

Seringue : 0

**LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH**  
**3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca**

Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74  
Patente : 36332437 I.F. : 40288423  
N° ICE : 0017 10887 0000 70

Fax : 05.22.20.35.15  
CNSS : 8036726  
Code INPE: 093062362



**FACTURE No : 164513**

Casablanca, le : 14/07/2021

Analyses effectuées le ... : 14/07/21 à 15h47  
Sur prescription du ..... : Dr BELHOUCINE Abdelfattah

Identité Patient ..... : Mr. JAMAL ABDELWAHD  
Code Patient ..... : 337461

**BILAN :**

1 PUS1 CYTOLOGIE-CULTURE-IDENTIFICATION	B 90
2 ATB1 ANTIBIOGRAMME	B 60

**TOTAL B : 150**

**TOTAL HN : 0**

**0**

**MONTANT : 226,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de : **226,00 DH**

Dr Malika BENKIRANE  
Rachida BENKIRANE  
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca  
Tel: 0522203535/0522276674

3, Rue du Colonel Gros Casablanca  
CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX "CBH"