

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



Déclaration de Maladie

N° W19-507097

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8854 Société : RAJ. 85960
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENTAHILA FARID
 Date de naissance : 04/06/1947
 Adresse : Résidence NADIA Bd BRAHIM ROUDANI
 IND NEUBLE N
 Tél. : 0614636282 Total des frais engagés : 400,00 DH + 180,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :




Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : BENTAHILA FARID Age : 24
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Suppression Canal
 En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

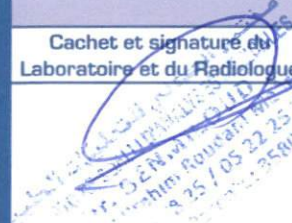
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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.


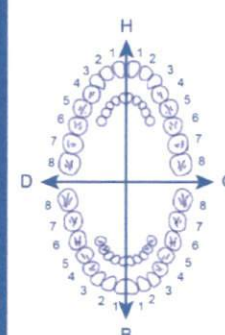
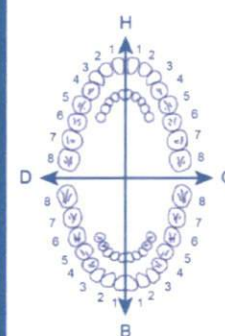
Fait à : CASABLANCA Le : 28/09/2021
 Signature de l'adhérent(e) :

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 Actes
08/08/21	OK		180,00	INP : 

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
	08/08/21	P285	400,00

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 : 																
				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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	
	<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		
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	D																			
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	G																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

Docteur Layla BENTAHILA

MEDECINE GENERALE

ECHOGRAPHIE

ANGLE BD MOHAMED VI
LOTISSEMENT LE COMPTOIR
QUARTIER BENJDIA
CASABLANCA

TEL : 05 22.30.34.10

الدكتورة ليلى بنتهيلة
الطب العام
الفحص بالصدى

زاوية شارع محمد السادس
حي الكنطوار - بن جديّة
الدار البيضاء

الهاتف : 0522.30.34.10

Casablanca, le 02/08/2024 في: الدار البيضاء

Dr Bentahila Layla

Envelope Bond 19

IG 7

IG 6

دكتورة ليلى بنتهيلة
Docteur Layla BENTAHILA
-Médecine Générale-
Angle Rue Mohammed VI
Lotissement Le Comptoir, Quartier Benjdia
Tél : 05 22 30 34 10 - CASABLANCA

Layla BENTAHILA
-Médecine Générale-
Angle Rue Mohammed VI
Lotissement Le Comptoir, Quartier Benjdia
Tél : 05 22 30 34 10 - CASABLANCA

FACTURE N° : 210801187

Casablanca le 08-08-2021

Mr Farid BENTAHILA

Demande N° 2108080049

Date de l'examen : 08-08-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	Sérologie Covid IgM	B150	B
	Sérologie Covid IgG	B135	B

Total des B : 285

TOTAL DOSSIER : 400DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirham s

مختبر الدليل للتحليلات الطبية
SDAI LI d'Analyses Médicales
08-08-2021
08-08-2021

Code INPE : 093000214
AWB - Agence Rue Nassih Eddine
RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Dr. BENMILOUD Loubna. Médecin biologiste.

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Diplôme universitaire de qualité en sciences de la santé

Diplôme d'hygiène hospitalière et prévention des infections nosocomiales

7j/7

Prelevements a domicile
sur rendez-vous

Date du prélèvement : 08-08-2021 à 10:52

Code patient : 2108080049

Né(e) le : 04-06-1947 (74 ans)

Mr BENTAHILA Farid

Dossier N° : 2108080049

Prescripteur :



SEROLOGIE INFECTIEUSE

SEROLOGIE SARS-COV-2 IgM:

Technique: ELFA Biomérieux Vidas

Index

0.29

Conclusion:

Sérologie négative

Interprétation:

I < 1.00: Négative

I > ou = 1.00: Positive

SEROLOGIE SARS-COV-2 IgG:

Technique: ELFA Biomérieux Vidas

Index

2.16

Conclusion:

Sérologie positive

Interprétation:

I < 1.00: Négative

I > ou = 1.00: Positive

Validé par : Dr. BENMILOUD Loubna

مختبر التحليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES
Dr. Loubna
240, Bd Hassan II, Casablanca
Tél : 0522 25 43 25 • Fax : 0522 58 64 94 • Urgences : 0668 181 182 • E-mail : lab@sqalli.ma • 0522 25 43 25