

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR  
OBTENIR 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, parodontologie 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**

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° M21- 064931

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

**Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 6052 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : 31747  
 Nom & Prénom : ELBESSAN Rkia  
 Date de naissance : 20/11/1955  
 Adresse : Rue Abou Elwact Res Brahim Ejjarrah #2 casablanca setger n° 17 Baagagne casa  
 Tél. : 0669419869 Total des frais engagés : 1127,60 Dhs

**Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 09/9/2021  
 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) :

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
09/09/21	e	2	50,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/09/2021	977,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/09/21	Amalg	189,80

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 canalaires, ainsi que le bilan

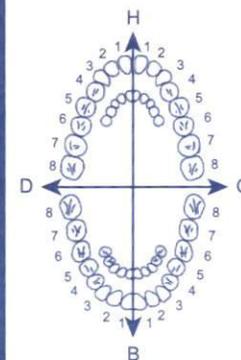
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة  
ORDONNANCE

le 09/01/2012

M. El Bessali Radda

1) Levalthyne 100mg  
13.40x3 p.k (S.V)

2) Diamox 250mg  
78.20x7 p matin avant rep (S.V)

3) Galvus Met 601 1000mg  
380.00x2 p sans cyprine (S.V)

(un de 3 med)

977,60

PHARMACIE ISMAILIA  
Rue Abou Al Wakt  
Bourgogne - Casablanca

Dr. OK EL MOUTTAQUI  
ICE: 001861940000004  
INPE: 091183731

PHARMACIE ISMAILIA

RUE ABOU AL WAKT LAHJAJMA CASA CASABLANCA

MR LOUALI ABDELLAH PHARMACIEN D'ETAT

CNSS:1083493 R.C:176070 PATENTE:35602926 I.F:40517810 TEL:05 22 36.

44 FAX:05 22 36.94.92ICE:001535520000021 INPE:92Q34867

FACTURE.....N° : 1

DATE.....:10/11/2021

Client.....: MME.EL BESSALI RAKIA

! QUANTITE!	DESIGNATION	! PPV	! MONTANT	! TVA!
3	LEVOTHYROX 50 *	13.40	40.20	7
2	DIAMICRON LM 60MG/60	78.70	157.40	0
2	GALVUS MET 50/1000 B/60	390.00	780.00	0

PHARMACIE ISMAILIA  
 Rue Abou Al Wakt  
 Bourgogne - Casablanca  
 Tél : 022.35.97.44

DONT TVA: 7 % : 2.63 TOTAL : 977.60  
 DONT TVA: 20 % : 0.00  
 TOTAL TVA : 2.63 TOTAL NET: 977.60



وصفة  
ORDONNANCE

le .....

M. el Bessali Rakik

TSM

18/05/2015

1000, 1000

1000, 1000

1000, 1000

INSTITUT PASTEUR  
DR. MOUSTAQUI  
Centre de Biologie Médicale  
Service Facturation

DR. OKEL MOUTTAQUI  
ICE: 00186194000004  
INPE: 091183/31

**Directeur**

Pr A. MAAROUFI

**Biologie**

Dr A. Bellik

Dr S. Kacimi

Dr C. Lhamiani

Dr J. Nouril

Dr D. Messaoudi

Dr S. Benjelloun

Dr A. Bennani

Dr S. Bennani

Dr M. Azhari

Dr A. Ainahi

Dr H. Mohammadi

Dr S. EZZIKOURI

**TANGER**

Dr W. Oudaina

**Anatomie-cytopathologie**

Dr H. Benomar

Dr A. Oukkadi

**Cytogénétique**

Dr S. Nasserddine

DR OK EL MOUTTAQUI

**Madame EL BESSALI RAKIA**  
Demande n° 10/09/21-1-0065

20000 CASABLANCA

Date et heure d'enregistrement : 10/09/21 10H00

Date et heure de prélèvement : 10/09/21 10H08

Date de naissance : 01/01/1955

Hors tiers payant -

Demande n° 10/09/21-1-0065 - -  
Edité le : vendredi 10 septembre 2021  
N° CIN/Passeport **B399990**

## Biochimie

		Valeurs de référence	Antériorités
Cholestérol .....	1,50 g/L	inf. à 2,00	29/04/21 1,66
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Triglycérides .....	0,97 g/L	0,35 à 1,59	29/04/21 1,26
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Cholestérol H.D.L. ....	0,55 g/L	0,35 à 0,86	29/04/21 0,59
Spectrophotométrie (Architect ci4100)			
Dosage du Cholestérol L.D.L .....	0,76 g/L		29/04/21 0,82
Rapport Cholestérol H.D.L./L.D.L .....	0,72		0,72

	LDL
	g/l
<b>Prévention primaire</b>	
• sujets sans autre facteur de risque	< 2,20
• sujets ayant un autre facteur de risque	< 1,90
• sujets ayant deux autres facteurs de risque	< 1,60
• sujets ayant plus de deux autres facteurs de risque	< 1,30
<b>Prévention secondaire</b>	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,30
<b>Prévention secondaire US</b>	
• sujets ayant une maladie coronaire	< 1,00

Ce tableau se réfère aux valeurs énoncées par l'AFSSAPS en 2005.

Validé le 10/09/21

**Dr. Samira KACIMI**  
Pharmacien spécialiste  
en Biologie Médicale  
Institut Pasteur du Maroc





Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

فاتورة  
Facture

« Que l'on multiplie les laboratoires pour  
que l'humanité grandisse, se fortifie et  
devienne meilleurs » Louis Pasteur

Madame EL BESSALI RAKIA Réf: 10/09/21-1-0065

Par: KMOUS / 10/09/21 /

CIN: B399990 Né(e) le : 01/01/1955 soit: 66 A Tél: 0662419862 ville: CASABLANCA

MAT: 6052

Médecin : DR OK EL MOUTTAQUI Tél: 0522203856

Date et heure de passage : 10/09/21-10h00

INPE :



ICE : 001594848000023

Liste des Examens/Prescription

BC\_CT BC\_TG BC\_HDL BC\_LDL PR\_10DH TIMB\_1DH

Total dossier r : 182.00  
Part Client : 182.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00  
Part : 0.00

PATIENT



L'Institut Pasteur du Maroc collecte et traite vos données à caractère personnel en vue d'identifier vos prélèvements, mettre à jour votre historique d'analyses et garantir vos droit à la prise en charge. Ces données peuvent être transmises à des laboratoires externes en cas de sous-traitance.

Vous pouvez contacter le service qualité (qhs@pasteur.ma) pour exercer vos droits conformément aux dispositions de la loi



Institut Pasteur  
du Maroc

معهد باستور المغرب  
INSTITUT PASTEUR DU MAROC

توصيل لسحب نتائج التحليلات الطبية

Reçu pour Retrait des Résultats des Analyses Médicales

Madame EL BESSALI RAKIA

Réf: 10/09/21-1-0065

Par: KMOUS / 10/09/21 /

Liste des Examens

BC\_CT BC\_TG , BC\_HDL BC\_LDL C PR\_10DH TIMB\_1DH

Total dossier	: 182.00
Part Patient	: 182.00
Part AMO	: 0.00
Part AMC	: 0.00
Part Corres.	: 0.00

PATIENT

CAB Num Demande



CAB Num CIN



J'autorise le porteur du présent reçu à récupérer mes résultats d'analyses effectuées à l'IPM

**RETRAIT RESULTAT LE**

Téléphone pour information Casablanca 0522434471/72 Tanger 0539931111

10/09/21 de 09h00 à 15h00

Sauf Samedi, Dimanche et Jours fériés

تاريخ سحب النتائج

ما عدا السبت والأحد والأعياد

POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI  
 Boulevard ZIRAOUI 20000 CASABLANCA  
 Tél: 0522-203856/57/59/60 Fax: 0522-22-29-91  
 INPE: 090001553 ICE: 001757364000080 IF: 1602058



N° IPP : 2483 N° SEJOUR : 210012187 **FACTURE N° 2102003092** DATE D'ENTREE : 09/09/2021 DATE DE SORTIE : 09/09/2021

ASSURE :

MALADE : EL BESSALI RAKIA UF: 6001 CONSULTATION MEDICALE ET AUXI DESTINATAIRE : EL BESSALI RAKIA

NOM JEUNE FILLE : N° IMMAT C.N.S.S :

TIERS PAYANT 1 : N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE

TIERS PAYANT 2 : N° SE. SOC. ETRANG.

REF. PC 1 : REF. PC 2 :

NATURE DE PRESTATION	LETTRE CLE	NOMBRE x COEF	PRIX UNITAIRE	* TOTAL	TIERS PAYANT 1		TIERS PAYANT 2		PART DU MALADE	
					% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT	% / Dh	MONTANT
ACTES COTES EN C CONSULTATION DE SPECIALISTE	Cs	1.00	150.00	150.00					0.00	150.00

Intervenant : 792015 DR EL MOUTTAQUI OUM KALTOUM ENDOCRINOLOGIE TOTAUX : 150.00 150.00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT CINQUANTE DHS PLAFOND PC : ACOMPTE: -

REMISE : 0.00 REGLE : 150.00 AVOIR: -

RESTE DU: 0.00

DATE FACTURE : 09/09/2021 EDITEE LE : 09/09/2021 PAR: LANSAR ACCIDENT DE TRAVAIL :

VISA N° DE POLICE : DATE AT :

Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - ZIRAOUI

BANQUE : B.M.C.E - MED SEDKI - CASABLANCA

N° compte bancaire : 011 780 00 00 43 210 00 60050 54

