

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 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.

N° W21-638378

92007 C77
C77

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 8361 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : EL YOUSFI SAMIR

Date de naissance : 15/04/67

Adresse : N° 19 JMN L RESIDENCE NADIA

Tél. : 061265209 Total des frais engagés : 572,10 DHS

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/7/21

Nom et prénom du malade : Rehba. ep. El Yousfi Hajar Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Vertiges - Accouphénies

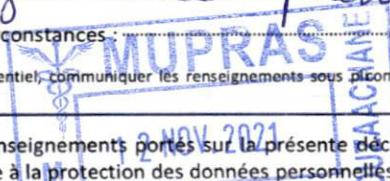
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : 14/07/21 Le : 14/07/21

Signature de l'adhérent(e) : *El Yousfi* ACCUEIL



3 NOV 2021

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-638378

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

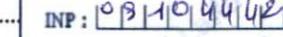
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 8361

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/7/21	C		150,-	INP : 10310444829
15/7/21	C		credit	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	14/07/2021 17/07/2021	266,60 205,50

ANALYSES - RADIographies			
- Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANALYSES MEDICALS</i>	25/11/2021	B240	350/100 ml

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

— VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																							
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Rows for selecting treated teeth)	Nature des Soins (Rows for selecting type of treatment)	Coefficient (Rows for selecting 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 PROTHÉSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H		G	25533412	00000000	21433552	00000000	00000000	00000000	D		B	35533411		11433553
					H		G																
					25533412	00000000	21433552																
					00000000	00000000	00000000																
					D		B																
					35533411		11433553																
					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"/>																		
[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 DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3

Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي

خريجة كلية الطب والصيدلة

بالرباط

الطب العام

إقامة نادية. المركز التجاري - عمارة 3

شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)

0522 98.22.57 : الهاتف

المعاريف. الدار البيضاء. الهاتف

LOT 201952
EXP 08 2025
PPV 46.00

Casablanca, le 14/7/21

46,00

Digestine gel
gel à jeun

78,00

78.00

Béfasere 1cp x 2fois // après repas

21.30 x 2

Tanakan 1cp x 2fois // après repas,
x 1 mois

266,60

Pharmacie NOUR
KABBAJ Soumia
10 B, Angle Bd. Jacob El Mansour
et Sidi Abderrahman - Casablanca
Tél: 0522 36 89 11

Pharmacie NOUR
KABBAJ Soumia
10 B, Angle Bd. Jacob El Mansour
et Sidi Abderrahman - Casablanca
Tél: 0522 36 89 11

Docteur DEBBARH Laila
MEDECINE GENERALE
Centre Commercial Nadia Imm. 3
Route d'El Jadida - Maârif - Casablanca
Tél: 0522 98.22.57

71,30

71,30

Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلي
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف - الدار البيضاء - الهاتف : 0522 98.22.57

LOT : 200996
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

LOT : 200996
UT AV : 09/2023
PPV : 57,80DH

Casablanca, le 15/7/21

Rehiaoui Hania ep. El
Yousfi

57,80 x 2
- LD Nour 10
1 prise le soir x 2 mois
S.V

89,90
- Zawith bonus
1 g eff le matin
S.V

205,50

Pharmacie NOUR
KABB/El Soumia
10 B, Angle Bd. Hassan II et El Manseur
et Sidi Abderrahman - Casablanca
Tel: 0522 35 89 11

Pharmacie NOUR
KABB/El Soumia
10 B, Angle Bd. Hassan II et El Manseur
et Sidi Abderrahman - Casablanca
Tel: 0522 35 89 11

Docteur DEBBARH Laila

Diplômée de la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Rabat

MEDECINE GENERALE

Centre Commercial Nadia - Imm. 3
Bd. Brahim Roudani (Ex. Route d'El Jadida)
Maârif - Casablanca - Tél. : 0522 98.22.57

الدكتورة الدباغ ليلى
خريجة كلية الطب والصيدلة
بالرباط
الطب العام

إقامة نادية - المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف. الدار البيضاء. الهاتف : 0522 98.22.57

Casablanca, le 14/7/21

Rehisi. ep. El Youssi Houia

- cholestérolémie HDL
LDC

- triglycéride

- Transaminase

الدكتورة الدباغ ليلى
خريجة كلية الطب والصيدلة
الطب العام
المركز التجاري - عمارة 3
شارع ابراهيم روداني (طريق الجديدة سابقا)
المعاريف. الدار البيضاء. الهاتف : 0522 98.22.57

Docteur DEBBARH Laila
Centre Commercial Nadia
Bd. Brahim Roudani
Maârif - Casablanca - Tél. 0522 98.22.57



مختبر الصقلى للتحاليلات الطبية
Laboratoire SQALLI d'Analyses Médicales

Laboratoire certifié ISO 9001M 2003



Dr. BENMILLOUD Loubna Médecin biologiste

Faculté de médecine et de pharmacie de Casablanca

Chambre régionale de qualité en biologie de la sérume

Directive d'hygiène, dépistage et prévention des infections, Marocaine

Prélèvements à domicile
sur rendez-vous

FACTURE N° : 210700291

Casablanca le 15-07-2021

Mme Houria REHIOUI EP EL YOUSFI

Demande N° 2107150017

Date de l'examen : 15-07-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0134	Triglycérides	B60	B
0146	Transaminases O (TGO)	B50	B
0147	Transaminases P (TGP)	B50	B

Total des B : 270

TOTAL DOSSIER : 350DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent cinquante dirham s

مختبر الصقلى للتحاليلات الطبية
LABORATOIRE SQALLI d'ANALYSES MEDICALES
Dr. BENMILLOUD
240, Bd Hassan II, Casablanca Maroc
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 61
Casablanca - Maroc - 25805014

Code INPE : 093000214

AWB - Agence Rue Nassih Eddine

RIB : 007 780 0003555000000328 25



093000214

Dr. BENMILLOUD
240, Bd Hassan II, Casablanca Maroc
Tél: 05 22 25 78 25 / 05 22 25 61
Casablanca - Maroc - 25805014