

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.



Déclaration de Maladie

N° M21- 0057586

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1017 Société : RAM
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraité
 Nom & Prénom : DASSI ILHAM
 Date de naissance : 16/05/52
 Adresse : B5 de FOS CAUFORVILLE
 Tél. : 0673595812 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/01/20

Nom et prénom du malade : DASSI ILHAM Age :

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

Nature de la maladie : Brûlure chim.

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

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 09/07/2022 | Consultation | 1 | 6000 | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|----------|-----------------------|
| PHARMACIE SOULAMA YOUSRA LAHABILI LAMLOU Rés. «Les Jardins de Californie 2» Bd. de Fes Imm. 1 Californie 2 Casablanca. Tél: 05.22.21.98.94 | 09/07/22 | 20,00 |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire TADART G. OKACHA Abdelhak TADART Pharmacien Biologiste 189, Route Tadmout - 20100 Tadmout Tél: 05.22.83.66 / 05.22.85.55.22 | 09/07/22 | B1810/2 | 1700,000 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <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">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</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> </table> | | | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | G | | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | H | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | D | G | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | B | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



SAMU

انقاذ

Docteur :

Casablanca, le : 09/05/2008

Ilhan D.

مختبر تدارت للتحاليل الطبية
Laboratoire TADDART d'Analyses Médicales
Abdelhay EL-OKACHI
Pharmacien Biologiste
189, Route Taddart - 20100 Casablanca
Tél. : 05 22 83 66 11/05 22 83 88 33
Fax: 05 22 85 55 22

NPS phynelte, CRP, fibrog

D diens, TP-INR, (RA) Ambr

MAI, em, aut, fermet

PTH

uric

glic blanc

et blanc ur T4g

مختبر تدارت للتحاليل الطبية
Laboratoire TADDART d'Analyses Médicales
Abdelhay EL-OKACHI
Pharmacien Biologiste
189, Route Taddart - 20100 Casablanca
Tél. : 05 22 83 66 11/05 22 83 88 33
Fax: 05 22 85 55 22
Dr. EL AKROUB Abdessamad
Médecin Généraliste

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien
Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude ou SAMU



مختبر «تدارت» للتحليلات الطبية
Laboratoire «Taddart» d'analyses médicales

الدكتور عبد الحكي العكاشي Dr. Abdelhay EL OKACHI

Pharmacien Biologiste
Diplômé de l'Université de Bordeaux
Ex. chef du Laboratoire de Biochimie CHU de Casablanca

CES de Biochimie,
d'Hématologie,
d'Immunologie,
de Parasitologie,
de Bactériologie,
& Virologie cliniques,
Certificat de reproduction
humaine

Casablanca le 19 mai 22

Madame DADI ILHAM

MUT20

| | |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 50431 |
|------------|-------|

Analyses :

| | | | |
|---|---|-----|----------------|
| Numération formule sanguine ----- | B | 65 | |
| Taux de Prothrombine (controle TTT AVK) ----- | B | 25 | |
| Temps de céphaline active ----- | B | 40 | |
| Fibrinogène ----- | B | 40 | |
| D-Dimeres ----- | B | 300 | |
| Glycémie (à jeûn) ----- | B | 30 | |
| Hémoglobine glycosylée HPLC ----- | B | 70 | |
| Urée ----- | B | 30 | |
| Créatinine ----- | B | 30 | |
| Cholestérol total ----- | B | 30 | |
| Cholestérol HDL ----- | B | 50 | |
| Cholestérol LDL ----- | B | 50 | |
| Triglycérides ----- | B | 60 | |
| Transaminases ----- | B | 90 | |
| Ferritine ----- | B | 200 | |
| Vitamine D ----- | B | 300 | |
| Parathormone intacte ----- | B | 300 | |
| Protéine C réactive ----- | B | 100 | Total : B 1810 |

Prélèvements :

| | | | |
|-----------|----|-----|--|
| Sang----- | Pc | 1,5 | |
|-----------|----|-----|--|

| | |
|---------------|-------------|
| TOTAL DOSSIER | 1 700,00 DH |
|---------------|-------------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Sept Cents Dirhams

مختبر تدارت للتحليلات الطبية
Laboratoire TADDART d'Analyses Médicales
Abdelhay EL-OKACHI
Pharmacien Biologiste
189, Route Taddart - 20100 Casablanca
Tél. : 05 22 83 88 33 / 05 22 83 66 11 / 05 22 83 88 33
Fax : 05 22 85 55 22

189, Bd. Al Hachmi Al Filali «Ex Route Taddart» - 20100 - Casablanca Fax: 05 22 85 55 22

Tél.: 05 22 83 88 33 / 05 22 83 66 11 - Fax : 05 22 85 55 22 - E-mail : lab.taddart@gmail.com - INPE : 093001337
Autorisation 1960 - RC : 198322 - Patente 36376624 - IGR : 52900670 - ICE : 001534856000004 - CNSS : 1210640

LABORATOIRE TADDART D'ANALYSES MEDICALES

189, Route Taddart - Casablanca Tel: 0522 836 611 / 838 833 Fax: 0522 855 522

Date : 19/05/2022

C.D. : 22E427

Patient : Madame DADI ILHAM

C.P. : 5972

Médecin :

Organisme : MUT20

| NET A PAYER | AVANCE | SOLDE |
|-------------|---------|-------------|
| 1 700,00 DH | 0,00 DH | 1 700,00 DH |

NFS TPINR TCA FIB DDIM GLY HBA1C U CRE CT HDL LDL TRIG
TRA FERRI VITD PTH CRP



SAMU

إنقاذ

Docteur :

Casablanca, le : 09/ 05/ 20

PHARMACIE SOULAIMA
YOUSRA LAHBABI LAHLOU
Rés « Les Jardins de Californie 2 »
Bd. de Fes Imm 1 Californie
Cesa. Tél: 05.22.21.98.94

Dose:

PPV: 79DH70
PER: 11/23
LOT: J3283

**LIMITLESS
ZINC**
25mg

79,70
y Azex 100
79,70
Aspirine 100
Isach 1 mdr

31
PPV: 10DH30
PER: 01/25
LOT: L326

10,30
90,00
0696210852
Dr. EL AKROUG Abdessamad
Médecin Généraliste

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien
Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude au SAMU



SAMU

إنقاذ

Docteur :

Casablanca, le : 09/05/16

Ilham Dali
Nette d'homme main

Contrôle à domicile = 600 D/L

0522 98 98 98 - 0522 25 25 25

Résidence Soumaya, 5 rue Galien
Casablanca 20360, Fax : 0522 43 04 43

E-mail: samumaroc@gmail.com - E-mail: samumaroc2@gmail.com - site www.samu.ma



Si le caducé n'est pas argenté,
merci de signaler la fraude au SAMU