

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-728979

122274



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8362

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HASSANI

FZ

Date de naissance : 07-08-54

Adresse :

Tél. : 066116883C

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

**Nadia FILALI-ANSARY**  
Spécialiste en Médecine Interne  
et Maladies du Sang  
INPE : 101106938  
Hôpital Cheikh Zaid

Cachet du médecin :

Date de consultation : 19/8/2012

Nom et prénom du malade : LIASSANI FAHIMA 29/11/2011

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie : Neutralite

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Dates des Actes	Nature des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
29/08/22,	C		34000	INP : 101106938 FILALI-ANSARI Médecine Interne Maladies du Sang Fait : 101106938 Signature : Cheikh Zaid

## **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
	30/07/2019	500	18000

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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 traitements canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ]	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	
				MONTANTS DES SOINS [ ]	
				DEBUT D'EXECUTION [ ]	
				FIN D'EXECUTION [ ]	
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
	H	G		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]	
	25533412	21433552		MONTANTS DES SOINS [ ]	
	00000000	00000000		DATE DU DEVIS [ ]	
	00000000	00000000		DATE DE L'EXECUTION [ ]	
	35533411	11433553			
	B				
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
	D	G			
	H				
	2 1 1 2	3 4			
	3 4	5 6			
	5 6	7 8			
	7 8	9 10			
	9 10	11 12			
	11 12	13 14			
	13 14	15 16			
	15 16	17 18			
	17 18	19 20			
	19 20	21 22			
	21 22	23 24			
	23 24	25 26			
	25 26	27 28			
	27 28	29 30			
	29 30	31 32			
	31 32	33 34			
	33 34	35 36			
	35 36	37 38			
	37 38	39 40			
	39 40	41 42			
	41 42	43 44			
	43 44	45 46			
	45 46	47 48			
	47 48	49 50			
	49 50	51 52			
	51 52	53 54			
	53 54	55 56			
	55 56	57 58			
	57 58	59 60			
	59 60	61 62			
	61 62	63 64			
	63 64	65 66			
	65 66	67 68			
	67 68	69 70			
	69 70	71 72			
	71 72	73 74			
	73 74	75 76			
	75 76	77 78			
	77 78	79 80			
	79 80	81 82			
	81 82	83 84			
	83 84	85 86			
	85 86	87 88			
	87 88	89 90			
	89 90	91 92			
	91 92	93 94			
	93 94	95 96			
	95 96	97 98			
	97 98	99 100			
	99 100	101 102			
	101 102	103 104			
	103 104	105 106			
	105 106	107 108			
	107 108	109 110			
	109 110	111 112			
	111 112	113 114			
	113 114	115 116			
	115 116	117 118			
	117 118	119 120			
	119 120	121 122			
	121 122	123 124			
	123 124	125 126			
	125 126	127 128			
	127 128	129 130			
	129 130	131 132			
	131 132	133 134			
	133 134	135 136			
	135 136	137 138			
	137 138	139 140			
	139 140	141 142			
	141 142	143 144			
	143 144	145 146			
	145 146	147 148			
	147 148	149 150			
	149 150	151 152			
	151 152	153 154			
	153 154	155 156			
	155 156	157 158			
	157 158	159 160			
	159 160	161 162			
	161 162	163 164			
	163 164	165 166			
	165 166	167 168			
	167 168	169 170			
	169 170	171 172			
	171 172	173 174			
	173 174	175 176			
	175 176	177 178			
	177 178	179 180			
	179 180	181 182			
	181 182	183 184			
	183 184	185 186			
	185 186	187 188			
	187 188	189 190			
	189 190	191 192			
	191 192	193 194			
	193 194	195 196			
	195 196	197 198			
	197 198	199 200			
	199 200	201 202			
	201 202	203 204			
	203 204	205 206			
	205 206	207 208			
	207 208	209 210			
	209 210	211 212			
	211 212	213 214			
	213 214	215 216			
	215 216	217 218			
	217 218	219 220			
	219 220	221 222			
	221 222	223 224			
	223 224	225 226			
	225 226	227 228			
	227 228	229 230			
	229 230	231 232			
	231 232	233 234			
	233 234	235 236			
	235 236	237 238			
	237 238	239 240			
	239 240	241 242			
	241 242	243 244			
	243 244	245 246			
	245 246	247 248			
	247 248	249 250			
	249 250	251 252			
	251 252	253 254			
	253 254	255 256			
	255 256	257 258			
	257 258	259 260			
	259 260	261 262			
	261 262	263 264			
	263 264	265 266			
	265 266	267 268			
	267 268	269 270			
	269 270	271 272			
	271 272	273 274			
	273 274	275 276			
	275 276	277 278			
	277 278	279 280			
	279 280	281 282			
	281 282	283 284			
	283 284	285 286			
	285 286	287 288			
	287 288	289 290			
	289 290	291 292			
	291 292	293 294			
	293 294	295 296			
	295 296	297 298			
	297 298	299 300			
	299 300	301 302			
	301 302	303 304			
	303 304	305 306			
	305 306	307 308			
	307 308	309 310			
	309 310	311 312			
	311 312	313 314			
	313 314	315 316			
	315 316	317 318			
	317 318	319 320			
	319 320	321 322			
	321 322	323 324			
	323 324	325 326			
	325 326	327 328			
	327 328	329 330			
	329 330	331 332			
	331 332	333 334			
	333 334	335 336			
	335 336	337 338			
	337 338	339 340			
	339 340	341 342			
	341 342	343 344			
	343 344	345 346			
	345 346	347 348			
	347 348	349 350			
	349 350	351 352			
	351 352	353 354			
	353 354	355 356			
	355 356	357 358			
	357 358	359 360			
	359 360	361 362			
	361 362	363 364			
	363 364	365 366			
	365 366	367 368			
	367 368	369 370			
	369 370	371 372			
	371 372	373 374			
	373 374	375 376			
	375 376	377 378			
	377 378	379 380			
	379 380	381 382			
	381 382	383 384			
	383 384	385 386			
	385 386	387 388			
	387 388	389 390			
	389 390	391 392			
	391 392	393 394			
	393 394	395 396			
	395 396	397 398			
	397 398	399 400			
	399 400	401 402			
	401 402	403 404			
	403 404	405 406			
	405 406	407 408			
	407 408	409 410			
	409 410	411 412			
	411 412	413 414			
	413 414	415 416			
	415 416	417 418			
	417 418	419 420			
	419 420	421 422			
	421 422	423 424			
	423 424	425 426			
	425 426	427 428			
	427 428	429 430			
	429 430	431 432			
	431 432	433 434			
	433 434	435 436			
	435 436	437 438			
	437 438	439 440			
	439 440	441 442			
	441 442	443 444			
	443 444	445 446			
	445 446	447 448			
	447 448	449 450			
	449 450	451 452			
	451 452	453 454			
	453 454	455 456			
	455 456	457 458			
	457 458	459 460			
	459 460	461 462			
	461 462	463 464			
	463 464	465 466			
	465 466	467 468			
	467 468	469 470			
	469 470	471 472			
	471 472	473 474			
	473 474	475 476			
	475 476	477 478			
	477 478	479 480			
	479 480	481 482			
	481 482	483 484			
	483 484	485 486			
	485 486	487 488			
	487 488	489 490			
	489 490	491 492			
	491 492	493 494			
	493 494	495 496			
	495 496	497 498			
	497 498	499 500			
	499 500	501 502			
	501 502	503 504			
	503 504	505 506			
	505 506	507 508			
	507 508	509 510			
	509 510	511 512			
	511 512	513 514			
	513 514	515 516			
	515 516	517 518			
	517 518	519 520			
	519 520	521 522			
	521 522	523 524			
	523 524	525 526			
	525 526	527 528			
	527 528	529 530			
	529 530	531 532			
	531 532	533 534			
	533 534	535 536			
	535 536	537 538			
	537 538	539 540			
	539 540	541 542			
	541 542	543 544			
	543 544	545 546			
	545 546	547 548			
	547 548	549 550			
	549 550	551 552			
	551 552	553 554			
	553 554	555 556			
	555 556	557 558			
	557 558	559 560			
	559 560	561 562			
	561 562	563 564			
	563 564	565 566			
	565 566	567 568			
	567 568	569 570			
	569 570	571 572			
	571 572	573 574			
	573 574	575 576			
	575 576	577 578			
	577 578	579 580			
	579 580	581 582			
	581 582	583 584			
	583 584	585 586			
	585 586	587 588			
	587 588	589 590			
	589 590	591 592			
	591 592	593 594			
	593 594	595 596			
	595 596	597 598			
	597 598	599 600			
	599 600				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Rabat, le

29/8/2022

Docteur

**Dr. Nadia FILALI-ANSARY**  
Spécialiste en Médecine Interne  
et Maladies du Sang  
INPE : 101106938  
Hôpital Cheikh Zaid

M. LHASSANI

Fatma - Zahra

1/ NFS + R (g- 1 h de travail)

2/ B12 - B9

3/ VS - CRP



**Dr. Nadia FILALI-ANSARY**  
Spécialiste en Médecine Interne  
et Maladies du Sang  
INPE : 101106938  
Hôpital Cheikh Zaid

Mme LHASSANI Fatima-Zahra  
07-08-1964 F  
Ordonnance



2208300103

Mme LHASSANI Fatima-Zahra  
07-08-1964 F  
Ordonnance



Lot 10 000 - Maroc - Tél.: +212 537 68 68 68 - Fax: +212 537 68 38 48 - E-mail: contact@hcza.ma - Site Web: www.hcza.ma

مر. 6533، شارع عال الفاسي، مدينة العروبة، طريق العروبة 10 - الدار البيضاء - الهاتف: +212 537 68 68 68 - مfax: +212 537 68 38 48 - البريد:

# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Etablissement

INPE -Professionnel



107163479



103061172

## FACTURE N° : 220801339

TEMARA le 30-08-2022

Mme Fatima-Zahra LHASSANI

N° de dossier : 2208300103

Date de l'examen : 30-08-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0216	Numération formule	B	80

Total des B<sup>1</sup> : 80

**TOTAL DOSSIER : 120.00MAD**

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams

Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, **merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales**. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

# CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : [contact@cbw.ma](mailto:contact@cbw.ma)

Site web : [www.cbw.ma](http://www.cbw.ma)

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

## FACTURE N° : 220801341

TEMARA le 31-08-2022

Mme Fatima-Zahra LHASSANI

N° de dossier : 2208310001

Date de l'examen : 31-08-2022

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E	20
0438	Vitamine B12	B	400
0487	Folates plasmatiques (vitamine b9) par immunomarquage	B	400
0370	CRP	B	100
0223	VS	B	30

Total des B<sup>1</sup> : 930

**TOTAL DOSSIER : 1260.00MAD**

**Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cent soixante dirhams**

<sup>1</sup> le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

**INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS :** Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

**CACHET DU LABORATOIRE :**



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateeb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

**ICE : 001798141000051**

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

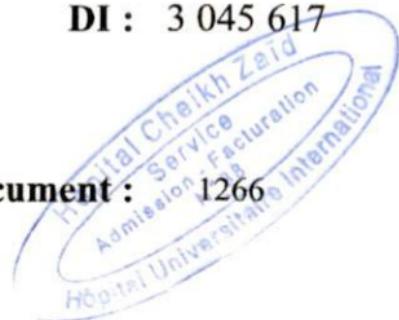
مستشفى جامعي دولي

## Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 672 487

DI : 3 045 617



IPP : 1 616 338 N° de dossier : C223614653

Patient : LHASSANI FATIMA ZAHRA

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 1266

Date d'encaissement : 29/08/2022

Description :

Medecin : C02095 FILALI ANSARY NADIA

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS  
DOSSIER

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE

*Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.*

*Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.*

Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 2003703