

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2928 Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : BELABID HALIMA reine esmari

Date de naissance : 01/01/1952

Adresse : Groupe k Rue 156 M 18 El oufia Casablanca

Tél. 067281153 / 06290533 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / .....

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : osteo arthrite (cheville gauche)

Affection longue durée ou chronique :  ALD  ALC Pathologie :

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) : [Signature]

Le : ..... / .....

## 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                     |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 5.2.109122      | CS                |                       | 300 k                           |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

## EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| <p>PHARMACIE WILAYA MOULOUYA<br/>ZEKRI Abdellatif<br/>Docteur en Pharmacie<br/>228-222-224 Bd Oued Moulaya El Oumihi<br/>Casablanca - Tel: 0522.90.51.13<br/>Fax: 0022912200007</p> | 05/09/22 | 628.50                |

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| <b>LABORATOIRE CHAHDIA<br/>ANALYSES MEDICALES</b><br><b>Dr. J. L. KHAZLOUK</b><br>Médecin Biologiste<br>Qued Daouar 1er Etage Lot. Chahdia<br>Casablanca Tel. 0522 93 31 44 | 02/09/2022 | B30<br>PC                    | 200DH                  |

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Praticien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>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 traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient |                         |
|-----------------|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|                 |                |                  |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|                 |                |                  |             | MONTANTS DES SOINS      |
|                 |                |                  |             | DEBUT D'EXECUTION       |
|                 |                |                  |             | FIN D'EXECUTION         |

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

| H        |          |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D        |          |
| 00000000 | 00000000 |
| 25533411 | 11433553 |

The diagram illustrates the H-D-G-B coordinate system. The horizontal axis is labeled D (left) and G (right). The vertical axis is labeled H (top) and B (bottom). A central vertical column of circles is labeled 1 at both ends. Surrounding this central column are two rows of circles labeled 2 at their outer ends. Further outwards are two rows labeled 3, and finally, two rows labeled 4. The circles are arranged in a roughly rectangular pattern, with some circles having additional labels like H or Y inside them.

#### **[Création, remont, adjonction]**

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA

Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- \* Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- \* Ancien Interne des Hôpitaux de France
- \* Ancien Praticien en Belgique
- \* Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- \* Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- \* Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- \* Chirurgie de la Main et Pied
- \* Chirurgie Arthroscopique



# الدكتور عبد الرحمن أبو شامة

اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- \* شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- \* طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- \* ممارس سابق ببلجيكا
- \* دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- \* الجراحة بالمنظار الداخلي للمفاصل
- \* جراحة الكسور والروماتيزم
- \* جراحة العمود الفقري
- \* جراحة اليد والقدم

دار البيضاء، في: 05.09.22

92 - Bactro Spray - 131.60

74.80 - Spectrum Spray - 1521.

74.10 - Venole 40 ml - 3 Semaines

148.00 - Bactro Spray - 428.50

**PHARMACIE WILAYA MOULOUEYA**  
ZEKRI Abdelaati  
Docteur en Pharmacie  
220-222-224-224-224  
Casablanca - Tel: 0523-90-51-13  
ICE: 0622-222-224-224-224  
Tél: 0522-2748-01 - 0522-2748-01

**S.V.**

**LOT 211003 EXP 01/2024 PPC 74.10DH**

**LOT 2203007 EXP: 02/2025 PPC: 148.00DH**

**BACTOSPRAY**

61, Boulevard Oued Darâa, Oulfa - Casablanca, شارع واد درعة، الألفة - الدار البيضاء 61

الهاتف : 06 61 24 13 16 - المستعجلات : Tél. : 05 22 27 48 01

**Docteur Abderrahmane ABOUCHAMA**  
Chirurgien Orthopédiste et Traumatologue

- \* Diplômé de l'Université de Louvain à Bruxelles
- \* Ancien Interne des Hôpitaux de France
- \* Ancien Praticien en Belgique
- \* Diplômé de Médecine et Traumatologie du Sport
- \* Chirurgie Traumatologique et du Rhumatisme
- \* Chirurgie de la Colonne Vertébrale
- \* Chirurgie de la Main et Pied
- \* Chirurgie Arthroscopique



**الدكتور عبد الرحمن أبو شامة**  
اختصاصي في جراحة العظام والمفاصل

- \* شهادة من جامعة لوفان ببروكسل
- \* طبيب داخلي سابق بمستشفيات فرنسا
- \* ممارس سابق ببلجيكا
- \* دبلوم في الطب الرياضي والإصابات بفرنسا
- \* جراحة المنظار الداخلي للمفاصل
- \* جراحة الكسور والروماتيزم
- \* جراحة العمود الفقري
- \* جراحة اليد والقدم

Casablanca, le : ..... ٥٢ / ٩ / ٢٠٢٢ الدار البيضاء، في :

Dr. BECAHED HAFIMA

LABORATOIRE CHAHIDA  
ANALYSES MEDICALES  
Dr. J. KHALLOUK  
Medecin Biologiste  
Rue El Ettar 1er Etage, Chahida  
Bd. Oued Darâa - Tel. 0522 460106  
Casablanca - Maroc

Dr. BECAHED HAFIMA  
Laboratoire de Diagnose et de Traitement  
Casablanca - Maroc  
Tél. 0522 460106 - 0522 460106  
Fax: 0522 460106 - 0522 460106  
E-mail: info@laboratoirechahida.com



# Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

## مختبر الشهدية للتحاليل الطبية

LABORATOIRE CHAHDIA D'ANALYSES MEDICALES  
Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca  
Dr J.L. KHALLOUK/ Médecin Biologiste

349, Bd Oued Daoura Lot CHAHDIA Oulfa CASABLANCA- TEL 0522933344, Mail: labochahdia@gmail.com  
INPE: 093062149 / ICE: 001718112000062 / IF : 18800233

Casablanca le 2 septembre 2022

Madame BELABED HALIMA

|  |      |                   |
|--|------|-------------------|
| FACTURE N°                               | 4861 |                   |
| Analyses :                               |      |                   |
| Cytobactério. d'un prélèvt. de pus ----- | B    | 90   Total : B 90 |
| TOTAL DOSSIER                            |      | 200,00 DH         |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE CHAHDIA  
ANALYSES MEDICALES  
Dr. J. L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
Bd Oued Daoura 1er Etage Lot. Chahdia  
Casablanca - Tel: 0522 93 33 44



# Laboratoire Chahdia d'Analyses Médicales

## مختبر الشهediaة للتحاليلات الطبية

Dr J.L.KHALLOUK / Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca, Ex Médecin Interne au CHU Ibn Rochd - Casablanca

Dossier ouvert le : 02/09/22

Prélèvement effectué à 13:04

Edition du : 05/09/22

**Madame BELABED HALIMA**

Date de naissance : 1952

Réf. : 22I69

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

### EXAMENS MICROBIOLOGIQUES

#### PRELEVEMENT DE PUS

EXAMEN DIRECT (Après coloration) ----- : Négatif.

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Culture ----- : Culture aérobie et anaérobie stérile .

LABORATOIRE CHAHDIA  
D'ANALYSES MÉDICALES  
Dr. J.L. KHALLOUK  
Médecin Biologiste  
349, Bd. Oued Daoura, 1er Etage, Lot. Chahdia  
Oulfa - Casablanca - Tél. 05 22 93 33 44