

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



Déclaration de Maladie

Nº M21- 062433

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2801 Société : R.A.M. 135859

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SADEM ABDELLAH AR

Date de naissance : 01/01/1964

Adresse : S.A. 1112. Rue 28 Jui. 08 n. 1

Tél. : 06.61.93.35.90 Total des frais engagés : 440 DH Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENABDALLAH A.
Urgentiste
INPE : 091268268
CENTRE AL KINDY
24 rue Al Kindy - Tél : 0522.39.33.33
CASABLANCA

Date de consultation : 31/10/2022

Nom et prénom du malade : FOUAD Zohra Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : ADK Sem

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-62433

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 :

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
03/09/2019			5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Centra d'Anatomie Pathologique Ibnou Younes (Rd poul) 052-392-300 Ibnou Sinaï 052-392-300</i>	31/10/2022	B290 + P.C	1400 DT

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

ECONOMIC

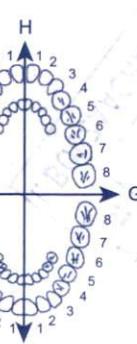
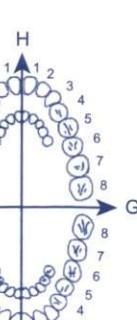
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

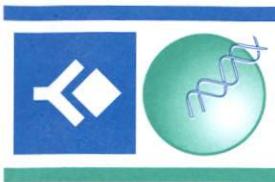
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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 style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">G</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	00000000		D	00000000	00000000	G		35533411	11433553		B			
H	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
D	00000000	00000000	G																					
	35533411	11433553																						
B																								
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																							
	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
	DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
	DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مركز التحاليل الطبية للدار البيضاء

Centre d'Analyses Médicales de Casablanca

NOTE D'HONORAIRES 99450

LE : 31/10/2022
Analyses effectuées le: 31/10/2022

Référence :

V/REF. 99450

Pour.....

Mme FOUAD ZOHRA

Sur prescription du

Dr. BENABELLAH ABDELHALIM

Code.....

IBF9174



Organisme.....

NC

Examens demandés:

IONO CRP



Cotation : (B 290) Montant Net : 440.00 dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

QUATRE CENT QUARANTE Dhs 00 Cts

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISOUMA

3, rue Ibnou Younes (Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina) - Casablanca
Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com



FOUAD

Zohra

DN: 01/01/1949

HIRURGIE

RADIOOTHERAPIE PERSONNALISEE PAR
RADIOOTHERAPIE STEREOTAXIQUE - 2 CLINICS EN SCANNER BIG BORE - RADIOOTHERAPIE METABOLIQUE
CURIOTHERAPIE A HAUT DEBIT DE DOSE (HDR) - CHIMIOTHERAPIE - CHIMIOTHERAPIE INTRA PERITONEALE (CHIP) - HOSPITALISATION

العلاج الإشعاعي المطور الموجه بالصور - معجل الإلكترونات حامل للسكانر - الجراحة الإشعاعية
العلاج الإشعاعي البالطني و الفياص - الإشعاعي النووي - العلاج الكيميائي البالطني - الاستئفاء

CASABLANCA, LE 31 OCT. 2022

Mme/Mr. :

Fouad Zohra

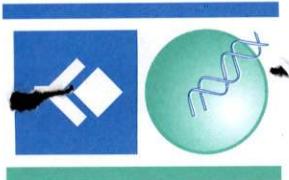
- NFS + PLAQUETTES
- UREE + CREATINEMIE
- GLYCEMIE
- TRANSAMINASES (TGO + TGP)
- XGT + PHOSPHATASES ALCALINES
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-
-

Dr. BENABDALLAH A.
Urgentiste
INPE: 091268268
CENTRE AL KINDY
2-4 rue Al Kindy - Tél: 0522.39.33.33
CASABLANCA

RDV, le : à

AVEC LES RESULTATS DES ANALYSES

Rue Ibnou Younes / Rd point Romandie
Bd Ibnou Sina (Rue d'Analyses Médicales de Casablanca)
Casablanca 20370
Fax 0522 392 500



Prélèvement du 31/10/2022 à 11h50

Résultats du 31/10/2022 Edition du 31/10/2022

Code Patient 
31J2204

Référence : 099450--XT



Nom et Pré. : FOUAD ZOHRA

Date naiss. : 01/01/1949

Médecin : BENABDELLAH ABDELHALIM

Externe :

RESULTATS D'ANALYSES

Analyses	Résultats	Unités	Normes	Antécédents
----------	-----------	--------	--------	-------------

TESTS IMFLAMMATOIRES

Proteine C Réactive 2 mg/l < 6

BIOCHIMIE

Proteines Totales 67 g /l 60 à 80

IONOGRAMME SANGUIN

Sodium 137 mmol/l 135 à 145

Potassium 4.20 mmol/l 3.5 à 5.2

Chlorures 98 mmol/l 95 à 110

Réserve Alcaline 23 mEq/l 22 à 30

Calcium 92 mg /l 85 à 105

Soit 4.6 mEq/l

Dr. Taoufik GUISSOUMA
Pharmacien Médecin
Diplômé de l'Ecole Supérieure de Médecine
et de Pharmacie de Casablanca

Dr. Fadhel EL KATEB

Dr. Taoufik GUISSOUMA

- 1 -

3, rue Ibnou Younes (Rd point Romandie par le Bd Ibnou Sina) - Casablanca

Tél.: 05 22 39 25 00 - 05 22 39 25 99 - Fax : 05 22 39 25 88 - E-mail : camclabo@gmail.com - www.laboratoirecamc.com

C.N.S.S N° : 7800172 - I.F N° : 40173599 - T.P N° : 35871653 - ICE : 001643746000044 - INPE : 093061786