

## 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

M22- 0030597

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 008176 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BICHA JUALI  
 Date de naissance : 19.09.1962  
 Adresse : WAY AL MAAMJURA N°46, SECTEUR 5 TEMARA MAROC  
 Tél : 0666261112 Total des frais engagés : 1915,12 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Mohamed GOULLAL  
 Anesthésiste Réanimateur  
 Médecine d'Urgence  
 Traitement de la Douleur  
 ICE: 002108099000054  
 Date de consultation : 31/10/2022  
 Nom et prénom du malade : RAT HIND ep BICHA  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Consultation pré-anesthésique  
 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 : ..... Le : ...../...../.....

Signature de l'adhérent(e) : .....

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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 Palémiement des Actes
31/10/2022	frs cinq		500,00	Dr. Mohamed Souhal Anesthésiste Réanimateur Médecin d'Urgence Traitement de la Douleur ICE: 002108099000054

RÉCEPTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
PHARMACIE EL MEHDI SARL AU Soussi 445, Bd Mokhtar Casablanca Tél. : 05 22 28 01 62	Montant de la Facture 615.10

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p><i>(Stamp: Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca, 1er étage des Hôpitaux, Résidence du p...)</i></p> <p><i>(Stamp: 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 13 46)</i></p> <p>CASAPATH</p>	02/10/22	P-500	1000,00

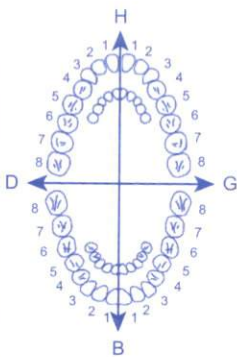
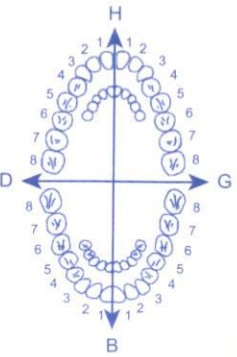
[illegible]

## 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 style="width: 100px;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            25533412            00000000  <b>D</b> </div> <div style="text-align: center;"> <b>H</b>            21433552            00000000  <b>G</b> </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">           00000000            35533411  <b>B</b> </div> <div style="text-align: center;">           00000000            11433553  <b>B</b> </div> </div>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px;" type="text"/>
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input style="width: 100px;" type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px;" type="text"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

CLINIQUE L'HERMITAGE



مصحة لارميطاج

ORDONNANCE

Casablanca 4. 11. 22 الدار البيضاء في

PHARMACIE EL MESJID  
SARL AU  
445, Bd Mokhtar Soussi  
Casablanca  
Tél.: 05 22 26 01 62



LOT	2 2 2 0 8 4
EXP	0 5 2 0 2 4
PPV	3 4 7, 0 0 0

6000 X3

1) Ferplex Arg

34700  
41 Arg / 7 pel

34700

2) Nover 44

4380

3) Flegyl 100

3830

4) Polygypro ocul  
61515

16 2 pel 65 / 5

sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1 - Ain Sehaa  
20250 Casablanca





**Dr. Lamia JABRI**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté de  
Médecine de Casablanca



**CENTRE DE  
PATHOLOGIE  
SPÉCIALISÉE  
CASABLANCA**

**CASAPATH**

**Dr. Amal BENKIRANE**

Professeur d'Anatomie Pathologique  
Ex. Enseignante à la Faculté  
de Médecine de Casablanca

## DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr : *Dr. L.A.*

Nom et prénom du patient : *Boucha Huis*

Age : *19 ans* Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Myxène testiculaire*

*Testicule bilatéral*  
*et pharyngées*

Organe prélevé :

Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : ☐ Oui ☐ Non Réf :

FCV : ☐ Vagin ☐ Exocol : ☐ Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet



# CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca  
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com  
Patente 36333531 ICE 001624540000044 IF 40204512

## FACTURE

REF : 22/9772

Date de facturation	02 / 11 / 2022
Médecin traitant	Dr. BELGHITI SAID
Patient	RATI HIND EP BICHA - 100076
Demande	<b>H21102245 - 02/11/2022</b>

### Liste des examens

HYSTERECTOMIE TOTALE

**Total** 1 000,00 Dhs

**coefficient-P** 909

**Mode de règlement** Cheque

Arrêtée la présente facture à la somme de : MILLE DIRHAMS

*Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca*  
6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
Tel: 0522 22 13 46 - Fax: 0522 22 14 24



Casablanca le, 02/11/2022

## FACTURE

NOM ET PRENOM : MME RATI HIND  
ACTE : Consultation  
MONTANT : 300,00 DH  
SOIT : (Trois Cent Dirhams)

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35, Bd Anoual-Casablanca  
Tél: 0522 86 55 66 Fax: 0522 86 55 77

Le 2 novembre 2022

CL L'HERMITAGE  
35 BD ANOUAL ANG. RUE DE LA PEPINIERE  
CASA, 20000  
MAROC

**Objet : PRISE EN CHARGE PARTIELLE**  
**Identifiant adhérent : 08176\_1962-09-19\_JILALI**  
**N/REF : 20223060018259**  
**Adhérent : BICHA JILALI**

Madame, Monsieur,

Nous vous informons que nous prenons en charge les frais de soins de HIND RATI.

Nous vous prions de noter que le restant à charge à régler directement par l'adhérent et que cette prise en charge est valable à concurrence de :

- Part Mutuelle : 10755.00 MAD
- Restant à charge adhérent : 2345.00 MAD

Validité de prise en charge : du 02-11-2022 au 02-02-2023.

Pour le règlement de votre facture, nous vous prions de bien vouloir l'adresser jointe au double de la présente à la MUPRAS :

**Centre d'affaire Allal Benabdellah. 49, Angle Rue Allal Benabdellah et Rue Mohammed Fakir 6ème Etage. Casablanca.**

Nous vous remercions d'avance pour l'aide et l'assistance que vous apporterez à HIND RATI.

Veuillez agréer, Messieurs, l'assurance de nos sincères salutations.

Directeur MUPRAS

**CONDITIONS ET MODALITÉS :**

Le règlement des factures relatives aux prises en charge est soumis aux conditions suivantes :

- La facture doit être nominative et conforme aux informations indiquées sur la prise en charge.
- Toute facture doit être accompagnée :
  - ✓ D'une copie de la présente prise en charge,
  - ✓ Des notes d'honoraires des praticiens,
  - ✓ Du compte rendu et des justificatifs des actes pratiqués,
  - ✓ Du détail de la pharmacie, radiologie et biologie (sous pli fermé).
- Toute facture doit être obligatoirement signée par notre adhérent.
- Toute facture doit comporter l'IF, l'ICE et le RIB (24 chiffres) du prestataire.



# CENTRE DE PATHOLOGIE SPECIALISEE CASABLANCA

Dr. Lamia JABRI

Dr. Amal Benkirane

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Référence : **H21102245**

Médecin traitant : Dr. BELGHITI SAID

Date réception : 02/11/2022

Date réponse : 05/11/2022 à partir de 17H

Org. : Aucun

Examen : **Histologie**

Nature prélèvement : **HYSTERECTOMIE TOTALE**

Total 1 000,00 Dhs Avance : 1 000,00 Dhs Reste : 0,00 Dhs Chèque



Code Patient :

**100076**

Nom & Prénom :

**RATI HIND EP BICHA**

Age : **46 ans**

Contenant :

Bloc : 0

Flacon : 1

Lames : 0

Seringue : 0