

## 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.

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>Autres</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 12436			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BEN HADDA ANAL			
Date de naissance : 26/10/84			
Adresse :			
Tél. : 0661875768 Total des frais engagés : Dhs			

**Autorisation CNDP N° : AA-215/2019**

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 29/12/2022			
Nom et prénom du malade : BENHADDA ANAL Age : 38			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : nodules thyroïdiens			
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) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANALOGIE APPAREIL 7, Rue Ilye Abu M... BP 3 Casablanca 022 47 40 09	21/11/2013	7627112	160000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																											
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																											
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																											
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																							
<b>Coefficient des travaux</b> <input type="text"/>																											
<b>Montants des soins</b> <input type="text"/>																											
<b>Début d'exécution</b> <input type="text"/>																											
<b>Fin d'exécution</b> <input type="text"/>																											
	<b>Determination du coefficient masticatoire</b>																										
	<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> </tr> <tr> <td colspan="2"></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> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;">D</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">35533411</td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="4" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552			00000000	00000000	D			G			00000000	00000000			35533411	11433553	B			
	H	25533412	21433552																								
			00000000	00000000																							
	D			G																							
			00000000	00000000																							
			35533411	11433553																							
	B																										
<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																											
<b>Date du devis</b> <input type="text"/>																											
<b>Date de l'exécution</b> <input type="text"/>																											

# Dr. Omar BADISS

## Oto-Rhino-Laryngologue

Maladie et Chirurgie du Nez  
Gorge - Oreille - Face et Cou  
Exploration et traitement de surdité  
Vertige - Troubles de la voix  
Endoscopie  
Ronflement - Allergie  
Chirurgie de la thyroïde



د. عمر باديس  
إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق  
إختصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
و الحنجرة - الأذن - الوجه و العنق  
تشخيص و علاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت  
الفحص بالمنظار  
الشيخير و الحساسية  
أمراض و جراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 19/11/2021

Bent Hassiba

Amel

No d'acth thymidie totaux  
+ Ech cervical  
Cytopenie Ech finale

DR OMAR BADISS  
Appt N°3 - Eau Verte - Casablanca  
Tél : 0522 47 40 09  
Fax: 0522 47 40 09

Dr Omar BADISS  
Médecin O.R.L.  
INPE : 09 10 44 719

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الاول (بالقرب من مخبزة بدر الخير) - الدروة  
Lot. Noura 5, Rue Badr, Appt N°3, 1er étage - Deroua  
Tél. : 05 22 03 61 03 - E-mail : dr.omarbadiss@gmail.com



# 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 : 22/10655

Date de facturation 24 / 11 / 2022  
Médecin traitant DR HANAFI  
Patient BENHADDA AMAL - 101162  
Demande **C21121332 - 21/11/2022**

### Liste des examens

CYTO PONCTION

	Total	Dhs
coefficient-P	364	
<b>Mode de règlement</b>	Espèce	

Arrêtée la présente facture à la somme de : QUATRE CENTS DIRHAMS

Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca  
6, Rue des Hôpitaux - Résidence du Parc  
1er Etage N° 1 - Casablanca - Maroc  
Tél: 0522 22 13 46 - Fax : 0522 22 14 24



Nom & prénom : BENHADDA AMAL

**FACTURE N° : 22/023036**

Date : 21/11/2022

<u>Examen</u>	<u>Montant</u>
ECHOGRAPHIE CERVICALE	600,00
CYTO-PONCTION.	1 000,00
<b>Total Montant</b>	
	<b>1 600,00</b>

RADIOLOGIE ABOU MADI  
 27, Rue Ilyya Abou Madi  
 Appt N°3 - Casablanca - Tél: 0522.20.34.57  
 Tel: 0522.47.40.09 Fax: 0522.47.40.09  
 Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Arrêtée la présente Facture à la somme de:

MILLE SIX CENT DIRHAMS

REGLEMENT : TPE Le 21/11/2022

Relevé d'identité bancaire  
 Banque Centrale Populaire  
 Agence Massira  
 88, bd massira el khadra Casablanca  
 Compte n°: 190 780 21211 9307191 000 7 73

Radiologie Aboumadi : S.A.R.L au Capital de 740.000,00 DH - 27 Rue Ilyya Abou Madi - Quartier Gautier - Casablanca 20060 Maroc

Tél : 0522.20.34.57/58 Fax: 0522.47.40.09 E-mail: contact@radiologie-aboumadi.com  
 RC : 395253 Casablanca - TP : 35509523 - IF : 01086163 - CNSS : 2623884 - ICE : 002036624000064