

# 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : **2473** Société :

Actif  Pensionné(e)  Autre :

Nom & Prénom : **KADDOUFI MALIKA**

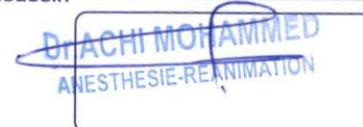
Date de naissance : **12/08/1974**

Adresse : **9A 25/1953**

Tél. : **0663355119** Total des frais engagés : **363** Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : **05/11/2019**

Nom et prénom du malade : **KADOUFI MALIKA** Age :

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

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 : **05/11/2019** Le : **05/11/2019**

Signature de l'adhérent(e) :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVÉ DES HONORAIRES |                   |                       |                                 |  |
|-----------------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes       | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 05/12/22              | CPA               |                       | 25000                           | Dr. ACHIM OMER ANESTHÉSIOPÉDIATRISATION                        |
|                       |                   |                       |                                 |  |
|                       |                   |                       |                                 |  |
|                       |                   |                       |                                 |  |
|                       |                   |                       |                                 |  |

## **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 |
|--|----------|------------------------------|------------------------|
| BORATOIRE HAWKI<br>D'ANALYSES MEDICALES<br>8, BVD KHOURIBBA APT 13<br>TUNISIE 1025 ADO 93/14 | 05/12/22 | 8.80                         | 113,00 DT              |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |
|  |          |                              |                        |

## 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<br><input type="text"/> |
|                           |   |   |             | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|                           |   |   |             | DEBUT D'EXECUTION<br><input type="text"/>       |
|                           |   |   |             | FIN D'EXECUTION<br><input type="text"/>         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |   |             |   |
|                           | H<br>25533412<br>00000000<br>D<br>00000000<br>B<br>35533411                                     | G<br>21433552<br>00000000<br>00000000<br>11433553 |             | COEFFICIENT DES TRAVAUX<br><input type="text"/> |
|                           | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |             | MONTANTS DES SOINS<br><input type="text"/>      |
|                           |   |   |             | DATE DU DEVIS<br><input type="text"/>           |
|                           |   |   |             | DATE DE L'EXECUTION<br><input type="text"/>     |



AKDITAL

Clinique Ain Borja Casablanca  
مصحة عين برجة الدار البيضاء

Casablanca, le ..... 5/12/11

Kennedy Miller

Ifni Ifni

TP - TCA

LABORATOIRE CHAWKI  
D'ANALYSES MEDICALES  
8, BVD KOURIBGA APT 13  
0522540913 / 14

Dr. ACHI MOHAMMED  
ANESTHESIE-REANIMATION

25, Bd. Ifni (en face de Lydec), Aïn Borja, Casablanca  
Tél. : 05 22 41 63 63 - Fax : 05 22 24 66 24  
E-mail : direction@cliniqueainborja.ma  
Site web : www.cliniqueainborja.ma

# CLINIQUE CASABLANCA AIN BORJA



090062894

CASABLANCA Le : 05-12-2022

## Facture N° 15379/22

### A. Identification

N° Dossier : CAB22L05111244

N° Identifiant : 014573/19

**Nom & Prénom : Mme KADDAM MALIKA**

C.I.N : B217214

Adresse : 14 RUE AHL FES HABOUS CASA

### C. Débiteur

page 1/1

Organisme : Payant

ICE : Adresse :

### D. Période d'Hospitalisation

Date Entrée : 05-12-2022

Date Sortie : 05-12-2022

Traitemet :

Médecin traitant : DR . ANESTHESISTE REANIMATEUR

| Qté   | Prestations | Observation | Prix U. | L.C. | Coef | Total                |
|---|-------------|-------------|---------|------|------|----------------------|
| <b>PRESTATIONS</b>                          |             |             |         |      |      |                      |
| 1   | CPA         |             | 250,00  |      |      | 250,00               |
| <b>PARTIE CLINIQUE :</b>                    |             |             |         |      |      |                      |
| <b>PARTIE HONORAIRE ET ACTES EXTERNES :</b> |             |             |         |      |      |                      |
| Arrêté la présente facture à la somme de :  |             |             |         |      |      |                      |
|   |             |             |         |      |      | <b>TOTAL GENERAL</b> |
|   |             |             |         |      |      | <b>250,00</b>        |

DEUX CENT CINQUANTE DIRHAMS

Arrêté la présente facture à la somme de la part organisme de :

signature de l'assuré

CLINIQUE PETIT IFRANE  
25, Boulevard Ifni Aïn Borja  
Tél: 05 22 41 63 63 Fax: 05 22 46 24  
AF CNSS : 5821609, IF : 25031309, ICE : 002030855000045  
RIB : CIH 230780235654322100950073 Patente : 31910797



مختبر شوقي للتحليلات الطبية  
**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**

8, Bd. khourigba Appt. N°13 Place de la Victoire - Casablanca - Tél.: 05.22.54.09.13/14 - Fax : 05.22.54.09.15  
E-mail : LAB\_CHAWKI@YAHOO.FR - ICE : 001689645000043

Dr Chawki MAKKAOUI

Medecin Biologiste  
Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
immunologie - Parasitologie

CASABLANCA Le 5 Décembre 2022

Mme: KADDAM MALIKA

Analyses prescrites par :

Dr. ACHI MOHAMMED

Référence : 2LE1233

**HEMOSTASE**

| Analyses | Résultats | Normes |
|----------|-----------|--------|
|----------|-----------|--------|

Temps de Quick

|              |        |     |
|--------------|--------|-----|
| Témoin.....  | : 12.5 | sec |
| Patient..... | : 12.0 | sec |

|                           |       |   |            |
|---------------------------|-------|---|------------|
| Taux de prothrombine..... | : 100 | % | (70 à 100) |
|---------------------------|-------|---|------------|

Temps de Céphaline + Activateur

|              |        |     |
|--------------|--------|-----|
| Témoin.....  | : 28   | sec |
| Patient..... | : 26.6 | sec |

LABORATOIRE CHAWKI  
D'ANALYSES MEDICALES  
8, BD KHOURIBGA APT 13  
0522548913/14



مختبر شوقي للتحليلات الطبية  
**LABORATOIRE CHAWKI**  
**D'ANALYSES MEDICALES**

8, Bd. khourigba Appt. N°13 Place de la Victoire - Casablanca - Tél.: 05.22.54.09.13/14 - Fax : 05.22.54.09.15  
E-mail : LAB\_CHAWKI@YAHOO.FR - ICE : 001689645000043

Dr Chawki MAKKAOUI

Medecin Biologiste  
Bactériologie - Biochimie - Hématologie  
immunologie - Parasitologie

**CASABLANCA LE 05.12.2022**

INP 093001279

FACTURE 2212014

Analyses effectuées le 05 Décembre 2022

Pour Mme : KADDAM MALIKA  
Référence : 2LE1233  
Sur prescription du Dr : ACHI MOHAMMED  
Total des (B) : 80  
Prélèvement : 25 DH  
Total : 113.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :  
CENT TREIZE DIRHAMS ET 00 Cts.

LABORATOIRE CHAWKI  
D'ANALYSES MEDICALES  
8, BD KHOURIBGA APT 13  
0522540013/14