

## 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'entête 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 canalaire, 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 canalaire.

#### **Maladie et Affection Longue Durée AID et AIC :**

- 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)

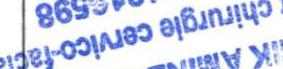


## Déclaration de Maladie

Nº W21-811471

de Maladie  
1471 A 70875

|   |                                       |                                  |                                 |
|---|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire     | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent(e)               |                                       |                                  |                                 |
| Matricule :                                 | 12310                                 | Société :                        |                                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif   | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : |                                 |
| Nom & Prénom :                              | SAMSAM                                | IBTISSAM                         |                                 |
| Date de naissance :                         | 15-07-1984                            |                                  |                                 |
| Adresse :                                   | DR ABDESLAMIYINNE ouLAD SALEM NOUARET |                                  |                                 |
| Tél. :                                      | 0660388570                            | Total des frais engagés :        | 815,70 Dhs                      |

|   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| Cadre réservé au Médecin  | Tél : 09 42 16 598  |  |  |
| Cachet du médecin :   |                  |  |  |
| Date de consultation :  | <u>02/09/2023</u>   |  |  |
| Nom et prénom du malade :   | <u>Samyam Abtissam</u>  |  |  |
| Age:  | <u>39</u>   |  |  |
| Lien de parenté :   | <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant |  |  |
| Nature de la maladie :  | <u>OSI</u> <u>R</u> <u>hyp</u>  |  |  |
| 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 : Dernier.

Signature de l'adhérent(e) :

A rectangular box with a blue border, designed for a handwritten signature. The word "ACQUETTE" is printed vertically along the left edge, and "MUFRAIS" is printed vertically along the bottom edge.

## **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   |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/01/2025      | 2                 | 200,-                 | 200,-                           | Dr. CHIRURGE CERTIFIE PAIEMENT<br>DU MONTANT DES HONORAIRES<br>DU 02/01/2025<br>PAR LA SOCIETE AMINE MOHAMED |

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

| Demande du Pharmacien<br>et du Fournisseur   | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
| DR BOUUEL FADE Fatima Azzahra<br>LARNA 221 Ouled Saleh Boushra<br>Casablanca<br>Tél: 0522 59 00 00 | 15-05-2023 | 415,70                |

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date   | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|--------|------------------------------|------------------------|
| Laboratoire Bouskoura<br>Analyses Médicales<br>Safri Maher, Appart 3 Bouskoura<br>Tél: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 81<br>ICE: 0021333330000000 | 3.8.23 | B250                         | 200,00 DH              |

## AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature<br>du Particien | Date des<br>Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé<br>des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
|                                     |                   | A M    | P C | I M | I V |                                    |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |
|                                     | .....             |        |     |     |     | .....                              |

#### **VOLET ADHÉRENT**

#### **BELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES              | Dents Traitées  | Nature des Soins          | Coefficient               | INP : <input type="text"/>                   |
|------------------------------|---|---------------------------|---------------------------|--|
|                              |   |                           |                           | 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<br>PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE   |                           |                           |  |
|                              | H<br>25533412<br>00000000   | G<br>21433552<br>00000000 | B<br>35533411<br>11433553 | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|                              | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |                           |                           | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |
|                              |   |                           |                           | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |
|                              |   |                           |                           | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>     |

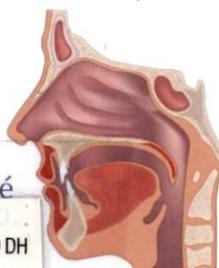
## **Dr Amine Mohammed DAHIK**

## Maladie et Chirurgie du Nez

**RISONEL®**  
0.05%

**RISONEL®**  
0.05%

**RISONEL®**  
0.05%



د. امین محمد ضاحک

## إختصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

## الاختصاص في أمراض وجراحة الأنف

و المخنحة - الأذن - الوجه و العنة

تشخيص و علاج الصمم

الدُّوَخَةُ - اضطِّـلَـلُـاـتُ الصِّـمَـت

الفحص المنظار

الشخصي و المحسasse

أمراض وجراحة الغد

卷之三

le 2131323

167, 13 m

Bétastène 2 mg  
Boîte de 20 comprimés dispersibles

A standard linear barcode is located at the bottom right of the page, consisting of vertical black bars of varying widths on a white background.

**PHARMAS**  
LOT : 1149  
UT.AV: 12-25  
PPV: 36DH60

36, 60  
7) Bétxetae 2p

21.85 20h x \$1

2) Poly (hexene)

119,10 x 3<sup>4</sup> µm  $\times$  20  $\times$

3) Rissoa

2 points x 2h x 1neis

pmis 78 1. i x

415/22

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (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.dahikamine@gmail.com

# Dr Amine Mohammed DAHIK

## 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. امين محمد ضاحك

إخصاصي الأذن، الأنف والحنجرة - الوجه والعنق

إخصاصي في أمراض و جراحة الأنف  
والحنجرة - الأذن - الوجه والعنق

تشخيص و علاج الصمم  
الدوخة - اضطرابات الصوت

الفحص بالمنظار

الشخير و الحساسية

أمراض وجراحة الغدة الدرقية

Deroua, le 21/8/2023

02 53 m son

16788

TSMW

Laboratoire Bouskoura  
d'Analyses Médicales  
mm Safrri Maher, App N° 3 Bouskoura  
Tel: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87  
IC: 002133313000022

DR DAHIK AMINE MOHAMMED  
ORL et chirurgie cervico-faciale  
INP : 091213598

تجزئة نورة 5، زنقة بدر، شقة رقم 3، الطابق الأول (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.dahikamine@gmail.com



# LABORATOIRE BOUSKOURA D'ANALYSES MEDICALES

**FACTURE N° : 230800052**

BOUSKOURA le 03-08-2023

Mme SAMSAM Ibtissam

INPE :



093062826

| Récapitulatif des analyses |             |      |
|----------------------------|-------------|------|
| CN                         | Analyse     | Clé  |
| 9105                       | Prélèvement | E25  |
| 0164                       | TSH us      | B250 |

Total des B : 250

TOTAL DOSSIER : 200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams s.

Laboratoire Bouskoura  
d'Analyses Médicales  
Imm Safr Maher, App N° 3 Bouskoura  
Tel: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87  
ICE: 002133313000022



# مختبر بوسكورة للتحاليل الطبية

## Laboratoire BOUSKOURA d'Analyses Médicales

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie  
Parasitologie - Mycologie - Biologie de la reproduction

**Dr Zeineb Laalej**  
Médecin Biologiste

Date du prélèvement : 03-08-2023 à 10:20  
Code patient : 23080144  
Né(e) le : 15-07-1984 (39 ans)



**Mme SAMSAM Ibtissam**  
Dossier N° : 23080144  
Prescripteur : Dr DAHIK MOHAMED AMINE

### BILAN ENDOCRINIEN

TSH Ultra-sensible (ELFA – Vidas) 3.79 µUI/mL (0.35–5.50)

Validé par : Dr LAALEJ Zeineb

Laboratoire Bouskoura  
d'Analyses Médicales  
Imr-Sajri Maher, App N°3 Bouskoura  
Tel: 0522 01 22 01 / 0662 78 71 87  
ICE: 002133313000022