

# 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

N° M21- 069426

1 83393

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0666 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : TAZNACHI FATIMA

Date de naissance : 21/10/1972

Adresse : 68 Rue Abdel Kader Abdelmajid

Ris DOUNIA Apt 28 CASABLANCA

Tél. : 0661210202 Total des frais engagés : 1881,70 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. BENHARBIT Boutheina  
Dermatologue

Date de consultation : 19/09/2023

Nom et prénom du malade : RIZAZI Ghada Age : 21

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dermabose

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 : Casablanca le : 23/09/2023

Signature de l'adhérent(e) :



# 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 Paiement des Actes
19/09/23	CC	+	300 DA	<b>Dr. BENHARBIT Boutheina</b> Dermatologue 091034306
	Destruction de végétation	500		

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
26.09.23	26.09.23	T= 13170 DA

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
11/09/23	11/09/23	B. 690 +	250,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 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 border="1"> <tr> <td>H</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </table>		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	G															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D																
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> 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"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

BACTOSPRAY 60ML

LOT: PF2301002

EXP: 01/2026

PPC: 69.00DH

60 ml

Distribué par :  
Laboratoire ADDAX MAROC  
Avenue Stendhal, RES BENBER  
Casablanca - MAROC  
www.addaxmaroc.com

فوق جديدين 2%  
كريم أنبوب من 15 غ

39,70

المستشفى الجامعي  
الدولي محمد السادس



## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26.09.23

M<sup>e</sup> Riadoui Ghali

(Kuphure)

Accord Serked

65,00

10)

Betadine solution / ADDAX

Bactospray

1 app x 2 / jour

20)

Fucidine crème

39,70

1 app x 2 / jour

30)

Compresse stériles 5 x 5 cm -

23,00

T = 131,70

Dr. BENHARBIT Borthaina  
Dermatologue

INRE 091034306

Pharmacie  
N° 6 Boulevard Hassan II  
Rés. Arcadia - Cléonite Casablanca  
Tél: 0 44 54 44



## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 26.09.23

Dr. Ridaoui GHAI

DESTRUCTION DE VEGETATIONS VENERIENNES -

**Dr. BENHARBIT Bontheina**  
Dermatologue

INPE = 091034306





## ORDONNANCE

Bouskoura, le : 19-09-2023

M<sup>r</sup> RIDAoui Ghali

Prière de faire :

- 1°) Sérologie HIV<sub>1</sub> et 2
- 2°) TP HA - VDRL
- 3°) Ag Hbs.
- 4°) Ac Anti HVC.

Dr. BENHARBIT Boutheina  
Dermatologue

091034306

Labo GÉNÉRAL TOUZANI  
d'Analyses Médicales  
Secrétariat  
18, Rue La Voisier - Casablanca  
Tel: 0522 86 50 00 / Fax: 0522 86 50 01



LABORATOIRE  
**TOUZANI**  
20 AOÛT

**Ouvert 24/24h et 7/7j**



**Dr Jaouad TOUZANI**

Spécialiste en : Parasitologie - Mycologie  
Bactériologie - Virologie Clinique - Immunologie  
Hématologie - Pathologie Médicale - Biochimie  
Biologie de la Reproduction  
Médecine Fonctionnelle et Nutritionnelle

Ancien Assistant des Hôpitaux de France et du CHU de Casablanca  
Diplômé de la Qualité en Biologie Médicale - Université Paris V  
Auditeur Qualité Certifié Iso Afnor France

**FACTURE N° : 230919088**

Casablanca le 19-09-2023

.,

**M Ghali RIDAOUI**

Date de l'examen : 19-09-2023

INPE : 093060911

Analyses :

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120
0324	Hépatite C / Dépistage	B300
0285	TPHA qualitatif	B50
0283	VDRL qualitatif	B20
	Sérologie HIV (1+2)	B200

Total des B : 690

TOTAL DOSSIER : 950 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent cinquante dirhams

**Laboratoire TOUZANI**  
**d'Analyses Médicales**  
**Secrétariat**  
18, Rue La Voisier - Casablanca  
Tel : 0522 86 50 00 / Fax : 0522 86 50 01

**La Qualité est notre souci permanent**

18 Rue LAVOISIER Quartier des Hôpitaux ( en face de l'hôpital 20 Août ) - CASABLANCA  
Tél.: 05 22 86 50 00 / 05 22 86 50 01 - Fax: 05 22 86 50 20 - Email: contact@laboratoire-touzani.ma - Site web.: www.laboratoire-touzani.ma  
INPE N°: 093060911 - Patente N°: 36370620 - Identifiant Fiscal N°: 44881270 - C.N.S.S N°: 1126748 - ICE: 003119125000092

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300266279

## F A C T U R E

N° 40 701 / 2023 du 26/09/2023

Nom patient : RIDAOUI GHALI

Entrée 26/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 26/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Destruction de vegetations veneriennes	1.00 K		500.00	500.00
			Sous-Total	500.00
Total Frais Clinique				500.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	
CINQ CENTS DIRHAMS	Total 500.00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			500.00		500.00	0.00

Hopital Universitaire  
Mohammed VI  
Région de Casablanca  
Tél: +212 5 29 09 11 11 / +212 5 29 09 22 22 Fax: +212 5 29 06 09 77 / +212 5 29 06 09 79

# HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

2300264898

## F A C T U R E

N° 39 291 / 2023 du 19/09/2023

Nom patient : RIDAOUI GHALI

Entrée 19/09/2023

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 19/09/2023

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
Consultation de dermatologie	1,00	K	300,00	300,00
			Sous-Total	300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :	Total
TROIS CENTS DIRHAMS	300,00

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

