

# 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

- Reclamation : 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.

M23-006288

Neek

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 102187

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

SAADOUNI BÉNAMHÉD

Date de naissance :

10/03/1962

Adresse :

RES. I AL FAJR IMM. BANFSAJ APP. N° 2 SIDI BERKOUSSI CASA BLANCA

Tél. 06 71 60 65 38

Total des frais engagés : 655,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

DOCTEUR JAI SAFIA EP.KIDANI  
GASTRO - ENTEROLOGUE  
104 Bd. Al Joulane - Hay Al Mansour  
Ben M'sik Sidi Othmane - Casa

Ag600X

Date de consultation : 12/02/2021

Nom et prénom du malade : M<sup>me</sup> SAADOUNI HAJAR

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Aggravation de l'asthme

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) :



### 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
12/02/24	C2		3.000.00	DOCTEUR JAI SAFIA EP. KILANI GASTRO-ENTEROLOGUE 101 BP. Al Jeulani - Hay Al Mansour Bab Misk Sidi Othmane - Casab

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE BLOC "C" Rue Z H. 116 Bld Sidi Bernoussi Q Al Qods - Sidi Bernoussi Casablanca	12/02/24	125,80

### ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES d. Imam Chafii, N° 7, Lot. 2 d. Imam Chafii, N° 7, Lot. 2 Lot. Alhamadia (y El Qods Berri - Casablanca)	12/02/24	B25	230,00 DH

### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				Coefficient des Travaux
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 00000000 00000000 35533411	G 21433552 00000000 00000000 11433553	B	DATE DU DEVIS
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DE L'EXECUTION
	VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS			VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Spécialiste

Des Maladies d'Appareil digestif  
(Estomac - Intestins - Foie)  
Endoscopie digestive - hemorroïdes

اختصاصية في

أمراض الجهاز الهضمي

(المعدة - الأمعاء - الكبد)

التنصير الداخلي - ال بواسير

Casablanca, le :

1212/2014 الدار البيضاء في:

1<sup>er</sup> Bestome Reper

① Tombe à peau → hôte  
me → au sein → bras

② Dimoie  
34<sup>ème</sup> à 3<sup>ème</sup> esp 6 J'm jms 11  
g au sein -

③ Trulement n<sup>o</sup> 2  
me à 3<sup>ème</sup>

46,90 x 2

125,80



LOT : 3227  
PER : 04-28  
P.P.V : 45 DH 90

LOT : 3227  
PER : 04-28  
P.P.V : 45 DH 90

الجوّان - حي المنصور (أمام مستشفى بن مسيك سيدى عثمان) الدار البيضاء  
104, Bd Al Joulane - Hay Al Mansour (En face de l'hôpital Ben M'sik Sidi Ot

Tél : 05 22 37 71 14 - Gsm : 06 67 94 30 95

PPV  
34DH00

## Spécialiste

## Des Maladies d'Appareil digestif (Estomac - Intestins - Foie) Endoscopie digestive - hemorroïde

إختصاصية في  
أمراض الجهاز الهضمي  
(المعدة - الأمعاء - الكبد)  
للتضليل الداخلي - الواسير

## Casablanca, le

12/2/2004

الدار السضاع في

*Thérapie*

<input type="checkbox"/> NFS	<input type="checkbox"/> ACE	
<input type="checkbox"/> Plaquettes	<input type="checkbox"/> CA 19-9	
<input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn	<input type="checkbox"/> Serologie HP	
<input type="checkbox"/> Urée sanguine	<input type="checkbox"/> Recherche d'HP dans les selles	
<input type="checkbox"/> Créatinine sanguine	<input type="checkbox"/> Test respiratoire à l'urée marquée	
<input type="checkbox"/> VS	<input type="checkbox"/> Ac HVC	
<input type="checkbox"/> CRP	<input type="checkbox"/> Ag Hbs	<input type="checkbox"/> Ac anti Hbs
<input type="checkbox"/> Acide urique	<input type="checkbox"/> Ag Hbe	<input type="checkbox"/> Ac anti Hbe
<input type="checkbox"/> Cholestérol total	<input type="checkbox"/> Ac anti HbC	<input type="checkbox"/> Ig M <input type="checkbox"/> Ig G
<input type="checkbox"/> HDL – LDL	<input type="checkbox"/> Ac VHA	<input type="checkbox"/> Ig M
<input type="checkbox"/> Triglycérides	<input type="checkbox"/> Ac hepatite E	
<input type="checkbox"/> Na+/K+ sanguins	<input type="checkbox"/> Charge virale du VHB	
<input type="checkbox"/> Na+/K+ urinaires	<input type="checkbox"/> Charge virale du VHC	
<input type="checkbox"/> Calcémie	<input type="checkbox"/> Génotypage du VHC	
<input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D	<input type="checkbox"/> Fibrotest / Actitest	
<input type="checkbox"/> ASAT - ALAT	<input type="checkbox"/> Fibromax	
<input type="checkbox"/> Gamma GT	<input type="checkbox"/> Ac antimitochondries	
<input type="checkbox"/> Bilirubine totale – libre – conjuguée	<input type="checkbox"/> Ac antinucléaires	
<input type="checkbox"/> Phosphatases alcalines	<input type="checkbox"/> Ac anti SLA	
<input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines	<input type="checkbox"/> Calprotectine	
<input type="checkbox"/> Lipasémie	<input type="checkbox"/> Ac anti KLM1+2	
<input type="checkbox"/> Taux de prothrombine	<input type="checkbox"/> Ac antigliadiines	
<input type="checkbox"/> Facteur V	<input type="checkbox"/> Ac antiendomysium (Ig A)	
<input checked="" type="checkbox"/> THSus	<input type="checkbox"/> Examens parasitologiques	
<input type="checkbox"/> T3, T4, libres	<input type="checkbox"/> des selles 3 jours de suite	
<input type="checkbox"/> a-foeto-protéines sériques	<input type="checkbox"/> Coproculture	
<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> E.C.B.U	

*Dr. AMACHKI Abdellatif*

*LABORATOIRE C.B.A*

*D'ANALYSES MÉDICALES*

*EP KILANI*

# protéines sériques

**INPE :**  
**093064640**

**FACTURE N° 1649/24**

CASABLANCA le **12/02/2024**  
Nom et prénom **MLLE SAADOUNI HAJAR**  
Référence **24B229**  
Médecin prescripteur **Docteur JAI SAF**

<b>Acte de biologie demandé</b>	<b>Cotation (B)</b>
TSHu.TSH ultrasensible.THYREOSTIMULINE	<b>250</b>
Total du (B)	<b>B 250</b>
Prise de sang (PC)	<b>0,00 DH</b>
Montant en DH	<b>230,00 DH</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de: **DEUX CENT TRENTÉ DIRHAMS**

**LABORATOIRE C.B.A**  
**D'ANALYSES MEDICALES**  
Bd. Imam Chafii, N° 7, Lot 23  
Lotis. Alhamadia Hay El Qods  
Sidi Bernoussi - Casablanca