

# 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.

**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)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : <u>3474</u>	Société : <u>201382</u>
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)
Nom & Prénom : <u>ABAGARAZAL Soud</u>	
Date de naissance : <u>25/01/33</u>	
Adresse : <u>1 Rue Bazzizankane Ain Diab</u>	
Tél. : <u>0661338803</u>	Total des frais engagés : <u>155</u> Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : ..... Age: .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... 05 AVR. 2024

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 : CASA Le : 5/04/2024

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
Le 14.13.2024		Ch	Gnath	 <b>DR. RABIA BENCHEQROUN</b> Dr. Rabia Bencheqroun Maladies du Foie, Gastro - Proctologie Casablanca - Casablanca 06 64 222 203

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Spécimen Tube Digestif 54 Bd. Goulinina, Etat de Vaud Suisse Sicherungsgutachten Montant de la Facture
--	------	---

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE L'ANATOME 78, Rue d'Alger Téle 0522 27 23 05</i>	29.03.24	B 100	159,00

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé 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										
				MONTANTS DES SOINS										
				DEBUT D'EXECUTION										
				FIN D'EXECUTION										
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE													
	<p style="text-align: center;">H</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> </table> <p style="text-align: center;">B G</p>		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553		
25533412	21433552													
00000000	00000000													
<hr/>														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction]</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>													
				COEFFICIENT DES TRAVAUX										
				MONTANTS DES SOINS										
				DATE DU DEVIS										
				DATE DE L'EXECUTION										

DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN

Spécialiste des Maladies du Foie,  
Tube Digestif et PancréasName Roziane  
Squad

الدكتورة ربيعة بنشقرون

أخصائية في أمراض الكبد،  
الجهاز الهضمي والبنكرياس

Casablanca, le

14/03/2024

CR 8

A faire dans 8 jours

LABORATOIRE TAZI MOHAMED TAZI  
78, Rue d'Algier - Casablanca  
Tél: 0522 277 500 - 0522 29 64 86

DR DOCTEUR RABIA BENCHEQROUN  
الدكتورة ربيعة بنشقرون  
Spécialiste des Maladies du Foie,  
Tube Digestif et Pancréas - Proctologie  
153, Bd Goulimima, Etage 1, N° 05 Bourgogne - Casablanca  
bencheqroungastro@gmail.com / 05 22 430 363 / 06 64 292 293

# LABORATOIRE TAZI D'ANALYSES MEDICALES

IF : 40303250    CNSS : 1121946    RC : 187112 INPE : 093001246    TP : 35504101  
ICE : 001656516000089  
RIB : 007780000200100000003735

**FACTURE N° : 240003242**

INPE : 093001246



CASABLANCA le 29-03-2024

Mme ABDERRAZAK Souad

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
9105	Prélèvement sanguin	E	25
B370	C R P (Protéine C réactive)	B	100

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 159 DH

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

*LABORATOIRE TAZI  
FAX: 0522 27 28 08 - 0522 27 5388 - 0522 473579 -  
Site Web : [www.labotazi.ma](http://www.labotazi.ma) - mail : [labotazicasa@gmail.com](mailto:labotazicasa@gmail.com) - [labo.tazi@yahoo.fr](mailto:labo.tazi@yahoo.fr)*



TAZI MOHAMED

TAZI KARIM

PHARMACIENS BIOLOGISTES - DIPLOMES D'ETUDES SPECIALES DE BIOCHIMIE, IMMUNOLOGIE,  
HEMATOLOGIE, BACTERIOLOGIE ET VIROLOGIE

Mme ABDERRAZAK Souad  
Né(e) le : 25-09-1953 (70 ans)  
Dossier N° : 24031042  
Code patient : 24030172

Examen du 29-03-2024 - Edité le 29-03-2024

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
(Cobas 6000)

Protéine C réactive (CRP)

3 mg/l

(<5)

05-03-2024

42

مختبر التازي  
laboratoire tazi

LABORATOIRE TAZI  
TAZI Karim  
BIOLOGISTE  
78, Avenue de l'Indépendance Casablanca  
Tél: 05 22 27 28 08 - Fax: 05 22 29 64 86

**Laboratoire TAZI d'Analyses Médicales**  
78, Rue d'Alger Casablanca 0522 272808 / 0522 473579 – 05.22.29.64.86

<i>Reçu</i>	
<b>Mme ABDERRAZAK Souad</b> Né(e) le : 25-09-1953 Saisie le : 29-03-2024 12:45  Analyses : CRP	<b>N° Dossier : 24031042</b>   <b>Montant total : 130 DH</b> <b>Payé : 0 DH</b> <b>Reste : 130 DH</b>
<b>RETRAIT LE : 30-03-2024 à 15h30</b>	
<b>Prescripteur :</b>	