

# 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.

## Biologie 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.

## Education :

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

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 : N° P19-0004263

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7843 Société : RAM

Actif  Pensionné(e)  Autre :

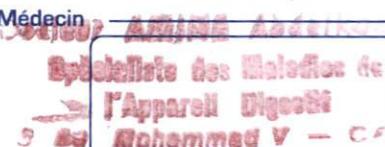
Nom & Prénom : CHAJIA HOUSSAINI Date de naissance : 13/11/1967

Adresse : COOP ACHARAF 1M 10113 HAÏDOUNIYA

Tél. : 0675213941 Total des frais engagés : 1310,6 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 30/09/2019

Nom et prénom du malade : Mme AGHDIS Bahija Age : 54

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie :

Digestive

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 : 16/10/2019

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
30/09/2015	G + EP	250 DH		<i>Spécialiste de l'Appareil Dentaire - 30/09/2015 - 27.55.50 si 27.27</i>

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
HARMACIE ACH-CHARAF Dr. Bouchra TAOUDI opérative Ach-charaf N° DMZ Inara Haddaouia Casablanca Tél.: 05 22 21 64 09	30/09/2015	160,60

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Dr. Bouchra TAOUDI</i>	30/09/2015	1250 000,00	

### AUXILIAIRES MEDICAUX

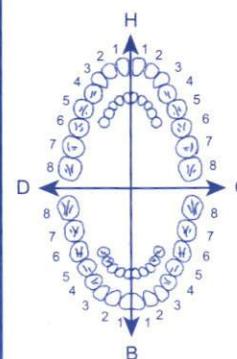
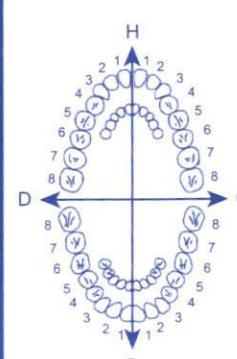
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### 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 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			Coefficient des Travaux
	H 25533412 00000000 35533411	21433552 00000000 11433553	B	MONTANTS DES SOINS
	D 00000000 00000000	G 00000000 35533411		DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

**Docteur AMINE Abd Elkader  
SPECIALISTE**

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant  
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE  
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE  
de l'Université de paris  
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65  
CASABLANCA

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-Charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaoula Casablanca  
Tél: 05 22 21 64 09  
32/90 30/9 109

**الدكتور أمين عبد القادر**

**إختصاصي**

**أمراض الجهاز الهضمي**

**طبيب مساعد سابق بمستشفى  
بوجون بباريس**

**شهادة الدراسات العليا الجراحية وعلاج البواسير  
وشهادة الكشف بالصدى**

**جامعة باريس  
الكشف بالمنظار**

**شارع محمد الخامس 73**

**الهاتف: 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 - 05 22 27 56 65  
الفاكس: 05 22 27 56 65  
الدار البيضاء**

Casablanca, le 30/09/2019

**Mme AGHDIF Bahija**

**DOGMATL 50 mgCP**

**1 comprimé, le soir / après repas**

**86.90**

**MEZOR 20 mg CP**

**1 comprimé, le matin à jeûn / 30 à 60 minutes avant repas**

**40.80**

**MOTILIUM SUSPENSION N°1**

**2 c à café 3 fois par jour / avant repas**

**160.60**

N°1  
/ 1 bte  
S.V.

Dogmatl 50mg  
20 Gélules  
P.P.V : 32DH9G

N°1  
/ 1 bte de 14  
S.V.

Motilium 1mg/ml  
SUSP BUV FL 200 ml  
P.P.V : 40DH80

PHARMACIE ACH-CHARAF  
Dr. Bouchra TAOUDI  
Coopérative Ach-Charaf N°DM2  
Hay Inara Haddaoula Casablanca  
Tél: 05 22 21 64 09

**Docteur AMINE Abdelkader  
SPECIALISTE**

Maladies Digestives

Ancien Médecin - Assistant  
Hôpital BEAUJON - Paris

A.E.S. de PROCTOLOGIE  
et Diplômé d'ECHOGRAPHIE  
de l'Université de paris  
Endoscopie Digestive

73, Bd Mohammed V

Tél. : 05 22 27 56 65 et 05 22 27 22 82 - Fax : 05 22 27 56 65  
CASABLANCA

**الدكتور أمين عبد القادر**

إختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي

طبيب مساعد سابق بمستشفى

بوجون بباريس

شهادة الدراسات العليا الجراحية و علاج البواسير  
و شهادة الكشف بالصدى

جامعة باريس

الكشف بالمنظار

شارع محمد الخامس 73

الهاتف : 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82 - 05 22 27 56 65  
الفاكس : 05 22 27 56 65  
الدار البيضاء

Casablanca, le 30/09/2019

**Mme AGHDAIF Bahija**

HBP ( sérologie de l'HELICOBACTER PYLORI)  
-Dosage vitamine D2/D3



Dr. AMINE Abdelkader  
Spécialiste des Maladies de  
l'Appareil Digestif  
73 Bd Mohammed V 10000 CASABLANCA  
Tél. 05 22 27 56 65 - 05 22 27 22 82



# مختبر التحاليل الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS  
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie  
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI

Facture n° 91413623 D.U Assurance Qualité Paris V

CASABLANCA LE : 30/09/2019

Analyses effectuées le: 30/09/2019

Pour.....: Mme AGHDIF BAHIJA

Sur prescription du: Dr AMINE ABDELKADER

Code.....: 2IC8275



Organisme.....:

### Bilan:

HEL VITA



Cotation : (B 400)

**Montant Net :** 900.00      **Dh**

CC3000123

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**NEUF CENTS Dhs 00 Cts**



biomerlaboratoire@gmail.com - Site Web : [www.labobiomer.ma](http://www.labobiomer.ma)

LA QUALITÉ D'ABORD

7, شارع الحسن الثاني، ممر التازى، الدار البيضاء - 20080

Tél/Fax : 05 22 26 04 21 / 05 22 27 44 38 - E-mail : [azzbenhayoun@hotmail.com](mailto:azzbenhayoun@hotmail.com)

R.C CASA : 200668 - Patente : 33200335 - I.F.: 41500080 - C.N.S.S.: 1241413 - ICE : 001637771000058



# مختبر التحاليل الطبية

## LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE ET RECHERCHE

Dr. BENHAYOUN S. Azzeddine : Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de REIMS  
Membre de la S.F.B.C. - C.E.S. : Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie  
Biochimie Clinique - Pathologie Médicale - Biologie de la reproduction Humaine : IAC - Fécondation In Vitro - ICSI  
D.U Assurance Qualité Paris V

Dossier ouvert le : 30/09/2019

Prélèvement reçu à : 10:36



Edition du : 30/09/2019

Mme AGHDIF BAHIJA

Code Patient 2IC8275 Réf.: 909300906

Médecin: Dr. AMINE ABDELKADER

HORMONOLOGIE  
ELECSYS 2010. ROCHE

\* VITAMINE D2/D3 (25 Hydroxy-Vitamine D) : 48 ng/ml

Valeurs de référence : 30-80 ng/ml

Insuffisance : 10-30 ng/ml

Déficience : <10 ng/ml

### VIROLOGIE

Analyses

Résultats Unités

Normes

Antécédents

SEROLOGIE DES INFECTIONS A HELICOBACTER PYLORI : EIA Behring

Ac. Anti-Helicobacter pylori IgG :

Résultat : 116 RU/ml

<16 RU/ml : négatif

16<douteux<22

> 22 positif

CONCLUSION

: SEROLOGIE : POSITIVE

