

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 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 ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

(Signature)

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 007714

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 LTS FLORIDA - SIDI MAAROUF

ACCRAVANT

Tél. : 0665200356

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ZEGLAMINE RAJAA Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : 06/06/2008

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/06/2008



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
.....	INP :
.....	
.....	
.....	

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)												
				INP : <input type="text"/>												
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>												
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
ODF PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G	00000000	00000000
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	35533411	11433553														
G	00000000	00000000														
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
		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																

INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1. LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie (pas de photocopies), dûment remplie (nom , prénom, matricule et le lien de parenté : adhérent , conjoint ou enfant) accompagnée de toutes pièces justificatives.

2. PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. (Prix Public Marocain).

3. EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

L'adhérent est tenu de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son conjoint accompagné d'une photocopie de l'acte (de mariage , divorce), soit un extrait de l'enfant (naissance , décès).

4. PIECES JOINTES :

Toutes les pièces concernant la maladie ou l'accident doivent être remises à la mutuelle au plus tard 3 mois après la première visite du médecin . Pour les soins et prothèses dentaires, le délai de remise est fixé à 1 mois après traitement .

5. INTERVENTION CHIRURGICALE :

- * En cas d'intervention chirurgicale la note de la clinique doit préciser :
 - a - Les honoraires du chirurgien, ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention .
 - b - La ventilation des frais annexes , aide, anesthésie, etc
 - c - Le nombre de jours d'hospitalisation .
 - d - Le détail des fournitures pharmaceutiques .

6. SOINS ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire , demander au chirurgien dentiste un relevé détaillé des différents soins ou prothèses avec indication de la date à laquelle ils ont été effectués , des honoraires correspondants à chaque soin ou prothèse, du numéro et de la position exacte de chaque dent traitée.

Un accord préalable de la mutuelle est obligatoire avant l'exécution des prothèses, implants, orthodontie .

7. HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

Les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se feront dans la limite du plafond général et au cours de change du jour des débours .

8. ACCIDENTS :

En cas d'accident, préciser les causes et circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident .

9. FRAUDE :

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera la suspension de l'adhésion jusqu'à la prochaine réunion du comité de la mutuelle (pour décision).

- Sont considérés comme fraudes :

Falsification de facture - annotation non réelle des consultations , visites , frais pharmaceutiques - substitution d'un bénéficiaire - déclaration non réelle des ayants droits .



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

CACHET BANQUE

DECLARATION DE MALADIE

BELLAMINE			
RAJAA			
N° SINISTRE :	NBR.DE PIÈCES :	TOTAL DÉPENSES :	
121211398		2.988,10	
POLICE (1) :		MATRICULE CPM :	ORDRE FAMILIAL :
121211398		21501	00

A REMPLIR PAR LE MEDECIN

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASI
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04

MALADE (2)
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>
Conjoint <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>

Nom du malade : Bellamine

Prénom du malade : Rajaa

Nature de la maladie : Scl Dec

À Casablanca, le 13.02.2020

Signature

(1) Porter le code Banque .

(2) Mettre une croix dans la case correspondante .

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel , Veuillez communiquer :
les renseignements sous - pli cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

INSTRUCTIONS A SUIVRE PAR LES ADHERENTS POUR FACILITER LE TRAITEMENT DES DOSSIERS (MALADIE)

1 . LES PRESTATIONS :

Sont accordées sur présentation d'une feuille de maladie (pas de photocopies), dûment remplie (nom , prénom, matricole et le lien de parenté : adhérent , conjoint ou enfant) accompagnée de toutes pièces justificatives.

2 . PHARMACIE :

Les prestations sont accordées sur présentation de l'ordonnance qui doit comporter la date, le nom, prénom du malade inscrits de la main du médecin et accompagnée des vignettes, des prospectus, des médicaments prescrits et des P.P.M. (Prix Public Marocain).

3 . EN CAS DE CHANGEMENT DE SITUATION :

L'adhérent est tenu de fournir à la mutuelle soit un bulletin de changement de situation relatif à son conjoint accompagné d'une photocopie de l'acte (de mariage , divorce), soit un extrait de l'enfant (naissance , décès).

4 . PIECES JOINTES :

Toutes les pièces concernant la maladie ou l'accident doivent être remises à la mutuelle au plus tard 3 mois après la première visite du médecin . Pour les soins et prothèses dentaires, le délai de remise est fixé à 1 mois après traitement .

5 . INTERVENTION CHIRURGICALE :

- * En cas d'intervention chirurgicale la note de la clinique doit préciser :
- a - Les honoraires du chirurgien, ainsi que le coefficient K correspondant à l'intervention .
- b - La ventilation des frais annexes , aide, anesthésie, etc
- c - Le nombre de jours d'hospitalisation .
- d - Le détail des fournitures pharmaceutiques .

6 . SOINS ET PROTHESES DENTAIRES :

Pour les soins et la prothèse dentaire , demander au chirurgien dentiste un relevé détaillé des différents soins ou prothèses avec indication de la date à laquelle ils ont été effectués , des honoraires correspondants à chaque soin ou prothèse , du numéro et de la position exacte de chaque dent traitée .

Un accord préalable de la mutuelle est obligatoire avant l'exécution des prothèses, implants, orthodontie .

7 . HOSPITALISATION A L'ETRANGER :

Les remboursements des frais médicaux, pharmaceutiques et d'hospitalisation se feront dans la limite du plafond général et au cours de change du jour des débours .

8 . ACCIDENTS :

En cas d'accident, préciser les causes et circonstances et éventuellement les renseignements concernant le tiers ayant occasionné l'accident .

9 . FRAUDE :

Toute fraude ou tentative de fraude entraînera la suspension de l'adhésion jusqu'à la prochaine réunion du comité de la mutuelle (pour décision) .

- Sont considérés comme fraudes :

Falsification de facture - annotation non réelle des consultations , visites , frais pharmaceutiques - substitution d'un bénéficiaire - déclaration non réelle des ayants droits .



MUTUELLE DE PRÉVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES
GROUPE BANQUE POPULAIRE

DECLARATION DE MALADIE

CACHET BANQUE

Nom de l'assuré : BELLAMINE

Prénom : RAJAA

N° SINISTRE : _____ NBR. DE PIÈCES : _____ TOTAL DÉPENSES : 2.988,10

POLICE (1) : 1 2 1 1 3 98 MATRICULE CPM : 21501 ORDRE FAMILIAL : 00

À REMPLIR PAR LE MÉDECIN

Dr. CHERIF BEN MOUSSA HASI...
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04

MALADE (2)
Lui même <input checked="" type="checkbox"/>
Conjoint <input type="checkbox"/>
Enfant <input type="checkbox"/>

Nom et adresse ou cachet du médecin : _____

Nom du malade : Rajaa

Prénom du malade : Rajaa

Nature de la maladie : Sel des

A Casablanca le 13/02/2020
Signature



(1) Porter le code Banque .

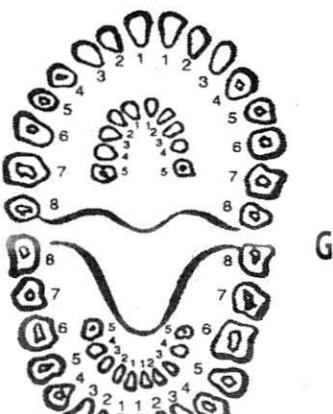
(2) Mettre une croix dans la case correspondante .

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel , Veuillez communiquer :
les renseignements sous - pli cacheté à l'intention du médecin - conseil de la Mutuelle.

Praticien	Date des actes médicaux	Nature des actes & Coefficients	Signature du médecin attestant le patient et des actes	Montant détaillé des honoraires	Réservé à la Mutuelle
MEDECIN TRAITANT	29/11/2010 Ropex as flacon 312-1 u2-		DR CHERIF BEN MOUSSA HABENIA RHUMATOLOGUE 14, Rue des Hopitaux Tél.: 05 22 22 23 04		
ANALYSES RADIO-GRAPHIES	28/11/2010 Ropex				
ACTES MEDICAUX OU PARA-MEDICAUX					
Exécution des Ordonnances	Date de l'ordonnance	Cachet du pharmacien, de l'opticien ou de l'orthopédiste		Montant de la facture	Réservé à la Mutuelle
MEDICAMENTS (OPTIQUE / ORTHOPÉDIE)	03/04/2010	Dr. BENYAHIA Mohamed Hicham Pharmacie RABIS 173, Bd. El Hira Lot Errabii BERRECHID - Tél.: 0522 33 69 00		888,10	

Réserve à la Mutuelle (commentaire)

(3) Mettre une croix dans la case correspondante

SOINS	<input type="checkbox"/>	PROTHESE	<input type="checkbox"/>
			
<p>- Le praticien couvre de hachures les dents à remplacer. - Surcharge le contour des dents qui supporteront des crochets. - Indique la nature de l'appareil, le nombre de dents artificielles et de crochets.</p>			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour les soins :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement des soins :</p>			
<p>Date : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			
<p>Montant des honoraires perçus par le praticien pour la prothèse :</p> <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div>			
<p>Signature du praticien attestant l'exécution et le paiement de la prothèse :</p>			
<p>Date de l'appareillage : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>			

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons
Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصيل

والعمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

بالموعـد

Casablanca, le : ٢٧/١١/٢٠٠٢ الدار البيضاء، في :

Ftela

Bellane Rym

Raphaël et Ghislaine

*Sol de c
oncrete*

11 April -

*→ ٦٩ درجة م
تراء*

Acb = 1000 Dy

*CHERIF BEN MOUSSA HAS
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04*

زنقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22.22.23.04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

**Maladies des Os-Articulations
Colonne Verteébrale - Muscles
et Tendons**
Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

أمراض العظام والمفاصل

العمود الفقري والعضلات

الهاتف / الفاكس : 0522.22.23.04

المؤعد

الدار البيضاء، في : ٣١٢١٩٥٦٥ Casablanca, le :

B. D. Ragan

MS. B. 50. v. 3

1. Analyse 2.

exp. 1502 x 10

P. 29. C. 82

Dr. BENEYAHIA Mohamed Hicham
Pharmacie HABIBI
173, Bd. El Hilal lot 1070
BERRECHID - Tel: 0622 99 69 00

28,30 & 6

W. V. Tandy

~~108 + 2' } x 3 mgs~~

15290^{R2}

3

289. 1 SV

888, 12

**Dr.CHERIF BEN MOUSSA HASNA
ORTHUMATOLOGUE**

44، زقة المستشفيات (أمام مستعجلات ابن رشد) الطالبة للنساء - الهاتف / الفاكس : 05 22 22 23 04

44. Rue des Hôpitaux (En face des Urgences de l'Hôpital Bouché) 3^e Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22 22 23 04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com : البريد الإلكتروني

Dr. Amal BENKIRANE

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté
de Médecine de Casablanca



Dr. Lamia JABRI

Professeur d'Anatomie Pathologique
Ex. Enseignante à la Faculté de
Médecine de Casablanca

DEMANDE D'EXAMEN ANATOMO-CYTOPATHOLOGIQUE

De la part du Dr :

Nom et prénom du patient : *Bellamine Rym*

Age : Sexe :

Date de prélèvement :

Renseignements cliniques et paracliniques :

*Sa. M. Connivante adhérente à la famille
hypertendue
cette dernière (?)
Rhumatismes (?)
géné de selles*

Organe prélevé :
Nature de l'acte réalisé :

Biopsie antérieure : Oui Non Réf :

FCV : Vagin Exocol : Endocol :

Date des dernières règles : Parité :

Thérapeutique antérieure ou en cours :

Signature & Cachet
Signature
ABIF BEN MOUSSA HABIBI
RHUMATOLOGUE
44, Rue des Hôpitaux, Qt. des Hôpitaux
Tél.: 0522 22 23 04

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1^{er} étage 20360 Casablanca, Maroc
Tél.: 05 22 22 13 46 / 66 - Fax : 05 22 22 14 24 - E-mail : labocasapath@gmail.com

CASAPATH

NOM & PRENOM : BELLAMINE RAJAA
PRESCRIPTEUR : DR BENMOUSSA
AGE : 65 ans
Code Patient : 057067
N/REF : 00129002
ORGANE : GLANDE SALIVAIRES

RECU LE : 29/01/2020
EDITE LE : 31/01/2020

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Sd sec - secheresse oculaire - buccale importante. Glandes salivaires.

COMPTE RENDU ANATOMOPATHOLOGIQUE

Deux fragments biopsiques mesurant 0,1 cm et 0,2 cm sont inclus en totalité et examiné sur plusieurs niveaux de coupe.

A l'examen histologique, ils proviennent d'un parenchyme salivaire comportant 9 lobules à canaux et acini réguliers. Le tissu interstitiel est peu abondant siège d'une fibrose collagénique avec parfois un aspect hyalinisé. Il s'y associe un infiltrat inflammatoire minime à modéré fait de lymphocytes et de plasmocytes sans véritable foci.

CONCLUSION :

- Sialadénite chronique stade 2 de Chisholm et Mason.

Signé : Dr. Amal BENKIRANE

Pr. Amal BENKIRANE
Anatomo-Pathologiste
Centre de Pathologie Casapath
6, Rue des Hôpitaux Résidence du Parc
Casablanca -
Tél.: 05 22 22 13 46 - Fax : 05 22 22 14 24



CENTRE DE PATHOLOGIE SPÉCIALISÉE CASABLANCA

6, rue des Hôpitaux - Résidence du Parc - 1er étage 20360 - Casablanca

Tel.: 0522 22 13 46/66 - Fax : 0522 22 14 24 - Email : labocasapath@gmail.com

Patente 36333531 ICE 001624540000044

FACTURE N° 20/0749

Casablanca, le : 29/01/2020
Analyses effectuées le : 29/01/2020
Pour : BELLAMINE RAJAA
Sur prescription du : DR BENMOUSSA
Référence : 00129002

Analyse effectuée

Histologie

Cotation :

Montant Net : 400,00 Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de
Quatre cents Dirhams**

Signé :

Dr. Benmoussa
Analyste en Pathologie
Centre de Pathologie Spécialisée Casablanca
6, Rue des Hôpitaux - Casablanca
Résidence du Parc - 1er étage 20360 Casablanca
Tel: 0522 22 13 46/66 - Fax: 0522 22 14 24
Email: labocasapath@gmail.com

Dr. Hasnaa CHERIF BEN MOUSSA

Rhumatologue

**Maladies des Os-Articulations
Colonne Vertébrale - Muscles
et Tendons**
Tél./Fax : 05 22.22.23.04

Sur Rendez-vous



د. حسناء شريف بن موسى

أخصائية في الروماتيزم

**أمراض العظام والمفاصيل
والعمود الفقري والعضلات**

الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

بالموعود

Casablanca, le : ٢٥/١١/٢٠٠٣ الدار البيضاء، في :

Atelio

Bellano Rym

Raphaël Jean Silver

Indice Sd dec

Indice

١٤ April

*→ va prendre la
table au*

Ade = 1000 Dy

CHERIF BEN MOUSSA HAS:

RHUMATOLOGUE

44, Rue des Hôpitaux, Et. des Hôpitaux

Tél.: 0522 22 23 04

44، زنقة المستشفيات (أمام مستجلات ابن رشد) الطابق الثالث - الدار البيضاء - الهاتف / الفاكس : 05 22.22.23.04

44, Rue des Hôpitaux (En face des Urgences du CHU Ibn Rochd) 3^{ème} Etage - Casablanca - Tél./Fax : 05 22.22.23.04

E-mail : hasnaab5@hotmail.com البريد الإلكتروني :



MUTUELLE DE PREVOYANCE
DES BANQUES POPULAIRES

GROUPE BANQUE POPULAIRE

QUITTANCE DE REMBOURSEMENT

BANQUE : AGENTS RETRAITES GBP 98

MATRICULE : 21501

ADHERENT : BELLAMINE RAJAA
9098

BENEFICIAIRE : BELLAMINE RAJAA

CODE RUBRIQUE	NATURE	FRAIS EXPOSES		TAUX OU VALEUR	REMBOURSEMENTS	
		DEVISE	D H		AUTRE CIE	AXA MAROC
11 00	K SPECIALISTE		1.000,00	0,85		850,00
15 00	ANALYSES B		400,00	0,85		340,00
16 00	MEDICAMENTS		888,10	0,85		754,88
	T O T A U X		2.288,10			1.944,88

P.S : Il est rappelé que toute ordonnance doit être accompagnée des PPM (Prix Public Marocain) et des prospectus pour chaque médicament.
Nous vous en remercions.

MUTUELLE DE PREVOYANCE DES BA	DATE	CODE SOCIETE	N° DU DOSSIER	NUMERO DU SINISTRE AXA	MONTANT DU REGLEMENT
	25/03/2020	0X1211398	21501 00 2020 2017034	20445650	1.944,88