

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° W19-512543

REC-313F6

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 13259 | Société : RAT | Date de naissance : 27/12/1991 | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | BENZEKRI DOUNIA |
| Nom & Prénom : | | | |
| Adresse : 70, Rue Allal Ben Abdellah Casablanca | | | |
| Tél. : 06 39 70 28 82 | Total des frais engagés : 387,5 Dhs | | |

| | | |
|---|-----------------------------------|-----------------------------------|
| Cadre réservé au Médecin | | |
| Cachet du médecin : | | |
| | | |
| Date de consultation : | | |
| Nom et prénom du malade : | | |
| Lien de parenté : | <input type="checkbox"/> Lui-même | <input type="checkbox"/> Conjoint |
| Age: | | |
| 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 : **Casablanca** Le : **19 JUIN 2020**

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 14/03/10 | G | G | | INP : DR. AMAR CHITTI Cabinet Medical Santéjam Gynécologie - Infertilité 10, Boulevard Sébastopol - 75003 Paris Tél : 05 22 36 03 03 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| | 14/03/2010 | B250 | 327,50 H |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|----------|----------|----------|----------|---|----------|----------|--|----------|----------|---|--|--|
| DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| FIN D'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | |
| MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT 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></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | 35533411 | 11433553 | B | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | |
| | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |



CASALABPALMIER

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE

CASALAB PALMIER SCP

ICE: 002189772000081 – 20000 CASABLANCA

Tél:0522988383 – Fax:0522236729

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Dossier n° : **2003143113**

Résultats de : **Mme Dounia BENZEKRI**

Né(e) le : 27/12/1991

Dossier prélevé le : 14/03/2020 à (heure non communiquée)
par **FICTIF**

Dossier enregistré le : 14/03/2020 à 13:03

Edition du : 14-03-2020 à 19:09

DOSSIER SANS ORDONNANCE

Mme Dounia BENZEKRI

maarif
20000 CASABLANCA

VEUILLEZ PRENDRE EN CONSIDERATION LES RESULTATS CI JOINTS

BILAN ENDOCRINIEN

N° Carte d'Identité Nationale (CIN): d984263

Retard des règles: 10 Jours

Béta-HCG Quantitatif(test de grossesse) 27 757.00 mUI/ml

(Electrochimiluminescence ECLIA sur COBAS 6000)

Valeurs de référence:

<5mUI/mL : NEGATIF

| | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| 5,8 à 71,2 | 9,5 à 750 | 217 à 7138 | 158 à 31795 | 3697 à 163563 | 32065 à 149571 | 63803 à 151410 |
| 3 semaines | – 4 semaines | – 5 semaines | – 6 semaines | – 7 semaines | – 8 semaines | – 9 semaines |
| 46509 à 186977 | 27832 à 210612 | 13950 à 62530 | 12039 à 70971 | 9040 à 56451 | 81175 à 53868 | 8099 à 58176 |
| = 10 semaines | = 12 semaines | = 14 semaines | = 15 semaines | = 16 semaines | = 17 semaines | = 18 semaines |

Compte-rendu complet validé techniquement par : *GHA*

Validation biologique par :

Le Dr M. JENANE

Le Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. BEZZARI

Nous vous remercions pour la confiance que vous portez à notre laboratoire

FACTURE N° 2003143113 LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 14-03-2020

INPE : 093002574

Mme Dounia BENZEKRI

Demande N° 2003143113
Date d'examen : 14/03/2020

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|---------------|--|-------------|--------|
| PSA-A 0150 | Prise de sang Adulte B H CG quantitatif | E25 B250 | E B |

Total des B : 250

Arrêtée la présente facture à la somme de : * 387.50 DH *
trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes



DOCTEUR AMINE BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris

Hôpital Cochin, Port - Royal

Praticien attaché à l'Hôpital International Cheikh Khalifa

CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE

SPÉCIALISTE EN MÉDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical Santéfan

100, Boulevard Ibn Sina Casablanca

Fixe : + 212 522 36 03 03

Portable : + 212 661 79 18 33

aminebititi@gmail.com

Casablanca le 14/03/2020

Mme BENZEKRI DOUNIA

Faire pratiquer au laboratoire d'analyses médicales :

Dosage quantitatif des HCG.

Dr. Amine BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologie-Infertilité
100, Bd Ibn Sina - Tel : 05 22 36 03 03
09 17 07 53

REÇU PATIENT (GARDE) copie

Date du prélèvement: 14/03/2020 à 13:03

IPP N° : 2003143113



Demande saisie par : BEN

Résultats de:

Mme Dounia BENZEKRI (0.00%)

Caisse/Correspondant:

/

Demande N° : **2003143113**



Paie

Total: **387.50Dhs**

Payé : **0.00Dhs**

Le 14/03/2020 Type de paiement : *Esp*

Solde: 387.50Dhs

Cachet et signature du laboratoire

Status du dossier : 00:EN ORDRE/Bon Pour Impression

