

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



# Déclaration de Maladie

N° W19-452334

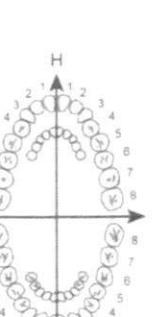
<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 16648	Société : RAM	36624	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BAHSSOUN Hocda			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 066442620	Total des frais engagés : 150 Dhs + 205 Dhs		
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/06/2020			
Nom et prénom du malade : Hocda BAHSSOUN			
Age: 20			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casa			
Signature de l'adhérent(e) : 12 AOUT 2020			

ACCUEIL 21/07/2020

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
03/06/2022	5	15000		INP: (DBMIGUAD) 

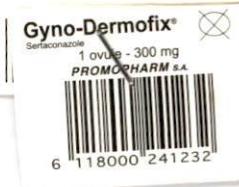
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>HARMACIE HABIB</b> <i>r. RHOUDA Abderrahmane</i> <i>Lissasta Extension N° 275</i> <i>Alger - Tel. 26 81 818</i>	<i>03/06/2020</i> <i>22/06/2020</i>	<i>325,00 DH</i> <i>104,00 DH</i>

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particien	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.				
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient
				INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
<b>ODF PROTHESSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="text-align: center;">         H          25533412   21433552          00000000   00000000          D ----- G          00000000   00000000          35533411   11433553          B       </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b>          Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>		
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>		
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>		
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>		
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>				
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				

- Médecine Générale
  - Echographie Générale
  - Nutrition
  - DU de Bordeaux En

40,00



Rabat.

فراح السلام - عمارة 99 - ج ص 40 - الطابق السفلي - شقة 5 - حي الألفة

Farah Essalam - Imm. 99 - GH 40 - RDC - Appt 5 - Oulfa - Casablanca

Tel. : 05 22 91 06 32- E-mail : Hasnamed2@gmail.com

19/5/2022

4/

Spasfon-Lyoc (2)

Si V



1-1 Si Ds M2

Al mri

150

65,00

5

Si ob + + 2-2-2

Si V

REFLUXAID Achibby

1 Gm x 8 / 7

ج.ب.س.د.ل.س.د.ل.س.د.ل.  
Pharmacie Hay El Mazar  
1, Bd. Oum Rabia Guifa - 781 932026 - Casablanca

Promoplus Pharma

PPC = 65,00 DH

REFLUXAID®

- Médecine Générale

- Echographie Générale

- Nutrition

- DU de Bordeaux En

Diabétologie.

- DU de Dermatologie

Interventionnelle de La

Faculté de Medecine de

Rabat.

M<sup>me</sup> HONDA BAKKOUN  
Bilal

1/ ECBU + ATY.



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE – HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE –  
BACTÉRIOLOGIE – VIROLOGIE – PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza  
[biolissasfa@gmail.com](mailto:biolissasfa@gmail.com)

## FACTURE N° : 200600161

**Mme BAHSSOUN Houda**

Référence : 2006080087

Date de l'examen : 08-06-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B

Total des B : 90

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirham .

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
BIOLISSASFA  
Dr BENZAKOUR Kenza  
Tel: 05 22 65 22 93  
Rte El Jadida Km9 – Lot Diar Al Menzah  
Lissasfa Hay Hassani – Casablanca

---

Route El Jadida Km9 – Lot. Diar Al Menzah – Lissasfa Hay Hassani Casablanca

Tél : 05 22 65 22 93 – E-mail : [biolissasfa@gmail.com](mailto:biolissasfa@gmail.com)

N° Patente : 36200084 – IF 24858272 – RC : 429382 - ICE : 001995299000048

# LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES BIOLISSASFA

BIOCHIMIE - HÉMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE -  
BACTÉRIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE

Tél. : 05 22 65 22 93

Sans rendez-vous du Lundi au Vendredi : 07h45 - 18h30  
et Samedi : 8h00 - 13h00

Dr BENZAKOUR Kenza  
[biolissasfa@gmail.com](mailto:biolissasfa@gmail.com)



Prélèvement du : 08-06-2020  
Code Patient 1712020008  
Edition : 09-06-2020

**Mme BAHSSOUN Houda**

Né(e) le : 01-01-1979 (41 ans - F)

Référence : 2006080087

Médecin : Dr chourkani hasna

Prélèvement du : 08-06-2020

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN CHIMIQUE:

02-12-2017

6.0

pH:

6.0

Sucre:

Négative

Albumine:

Négative

Sang:

Négative

Acétone:

Négative

### EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes :

4 / mm<sup>3</sup>

(0-10)

9

4 000 / ml

(0-10 000)

<1 / mm<sup>3</sup>

(0-5)

<1

<1 000 / ml

(0-5 000)

Cellules épithéliales :

Absence

Cylindres :

Absence

Cristaux:

Absence

### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Gram :

NEGATIF

Cultures :

Négative

Demande validée biologiquement par : Dr K.BENZAKOUR

Dr BENZAKOUR Kenza  
Tél: 05 22 65 22 93  
Labb. BOLISSASFA  
Rue El Jadida 19 - 1er étage - Casablanca  
BIOANALYSES MÉDICALES