

## 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, parodontologie 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 canaux, 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 canaux.

### 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° W19-542997

ND: 41552

*mlc du conjoint 2009*

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2048* Société : .....

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : *YR BENCHERIF Lili - Said*

Date de naissance : *01-02-1952*

Adresse : .....

Tél. : *06 61 45 37 62* Total des frais engagés : *1335, Mh* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : .....

Date de consultation : *06/08/2020*

Nom et prénom du malade : *BENCHERIF Lili - Said* Age : *68 ans*

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *NCB*

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 : *06/08/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*





# RELEVÉ 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 06/08/2020      | ca                |                       | 3000 H                          | INP: 09 12 40 101  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur  | Date     | Montant de la Facture |
|---|----------|-----------------------|
| Pharmacie H.A.S.M. MME. SAÏD LAÏLA<br>4bis, Rue Reaumur / Bd. Abdou Moumouni<br>Quartier des Hôpitaux - Casablanca<br>Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74<br>Fax: 05 22 20 35 15 | 06/08/20 | 407,20                |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |
|   |          |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue   | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
| CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX « CBH »<br>3, Rue du Colonel Gros - Casablanca<br>Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74<br>Fax: 05 22 20 35 15 | 08/08/2020 | B 450                        | 688,00                 |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |
|   |            |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

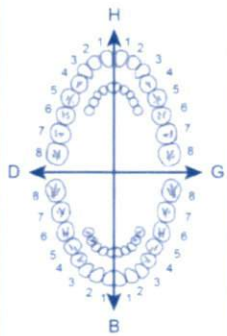
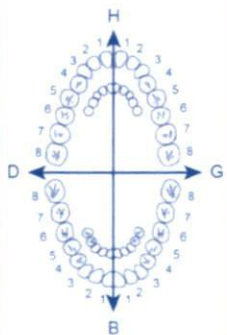
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'...

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées   | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|--|--|------------------|-------------|----------------------------|----------|----------|---|----------|----------|----------|---|----------|---|--|--|--|
|   |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
| <b>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</b>  | <b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>   |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | <table border="1"> <tr><td>H</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>11433553</td></tr> <tr><td>G</td><td>35533411</td></tr> <tr><td>B</td><td> </td></tr> </table> |                  | H           | 21433552                   | 25533412 | 00000000 | D | 00000000 | 00000000 | 11433553 | G | 35533411 | B |  |  |  |
|  | H  | 21433552         |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | 25533412   | 00000000         |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | D  | 00000000         |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | 00000000   | 11433553         |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | G  | 35533411         |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | B  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  | <b>[Création, remont, adjonction]</b><br>Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |
|  |  |                  |             |                            |          |          |   |          |          |          |   |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr RAJI Lamia

Neurologue Adulte - Enfant  
Vidéo Electroencéphalogramme "EEG"  
Electroneuromyogramme "EMG"



الطبيبة الدكتورة راجي لمياء

اختصاصية في أمراض الدماغ والأعصاب  
تخطيط الكهربي للدماغ  
التخطيط الكهربي للأعصاب والعضلات

Casablanca le :

06/08/2022

Bonjour Monsieur

Alger 320782  
1362

1/2  
1/3

Pharmacie LILAS.M  
Mme. SEKKAT Laila  
4 bis, Rue Reaumur / Bât. Abdelmoumen  
Quartier des Hôpitaux - Casablanca  
Tél/Fax : 0522 27 65 80

53,10 x 2  
1 - 1 - 1  
H. 10

DI INDO 10  
1 - 1 - 1

53,00 x 2

Hydro (Albaine) (Mile)  
5mg / 100ml

58,50

107,20

119 شارع عبد المومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119 Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1<sup>er</sup> étage - N° 11 - Casablanca

الهاتف: 05 22 49 25 55 - 06 60 11 11 50

LOT: 19E009  
PER: 10/2022

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20

P.P.V: 53DH10



**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2023  
LOT 01009 1

**Di-INDO® 50 mg** 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00 - EXP 09/2021  
LOT 97013 2



**Di-INDO® 50 mg** 15 comprimés dispersibles

PPV 53DH00

EXP 09/2021  
LOT 97013 1



*Ch. Raju*  
*17/08/2020*



Lot:

19JB12

Per:

09.2021

PPV: 136DH50

56 GÉLULES



Voie orale

**ALYSE<sup>®</sup> 25 mg**

**PRÉGABALINE**  
GÉLULES

*Handwritten signature and scribbles in blue ink.*



**ABDI IBRAHIM**

**b**

bot

82, Allée des Casuarinas  
S. Bachouchi - Phan

**Dr RAJILamia**

Neurologue Adulte - Enfant  
Vidéo Electroencéphalogramme "EEG"  
Electroneuromyogramme "EMG"



**الطكتورة الراجي لمياء**

إختصاصية في أمراض الدماغ و الأعصاب  
التخطيط الكهربائي للدماغ  
التخطيط الكهربائي للأعصاب و العضلات

Casablanca le : 06/09/2020

Pr-NUTERIF M.D. S.A.D

V1 + V2 (P2 + T2)

CENTRE DE BIOLOGIE  
DES HOPITAUX « CBH »  
3 Rue du Colonel Gros - Casablanca  
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74  
Fax: 05 22 20 35 35

Dr. RAJILamia  
NEUROLOGUE EEG  
Explorations Fonctionnelles EEG  
119 Bd Abdelmoumen - Tél: 05 22 27 66 74

119 شارع عبد المومن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم 11 - الدار البيضاء

119 Bd Abdelmoumen - Propriété Marie Rose 1<sup>er</sup> étage - N° 11 - Casablanca

الهاتف: 05 22 49 25 55 - 06 60 11 11 50 Tél.:

**LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH**  
**3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca**  
Tél : 05.22.20.35.35 / 05.22.27.66.74 Fax : 05.22.20.35.15  
Patente : 36332437 I.F. : 40288423 CNSS : 8036726  
N° ICE : 0017 10887 0000 07 Code INPE: 093062362



**FACTURE No : 145091**

Casablanca, le : 08/08/2020

Analyses effectuées le .. : 08/08/20 à 10h37  
Sur prescription du ..... : Dr RAJI Lamia

Identité Patient ..... : Mr. BENCHERIF Sidi Saïd  
Code Patient ..... : 52198

**BILAN :**

1 VITD VITAMINE D (25 OH VIT D3)

B 450

TOTAL B : 450

TOTAL HN : 0

0

MONTANT : 628,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 628,00 DH

Dr MARIJA BENKIRAN  
Pharmacien Biologiste  
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca  
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

**CENTRE DE BIOLOGIE  
DES HÔPITAUX CBH**  
3, Rue du Colonel Gros Casablanca  
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74  
Fax: 05 22 20 35 15

EXAMEN du : 08/08/20 à 10h37

Edité le : 08/08/20 à 12h38

Mr. BENCHERIF Sidi Saïd

Patient 52198 Né(e) le 01/02/1952

Dr. RAJI Lamia

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 1 / 1

## VITAMINOLOGIE

NORMES

ANTECEDENTS

### DOSAGE DE LA VITAMINE D


(Technique Immunoenzymatique sur ACCESS Beckman Coulter)

VITAMINE D ..... 23,34 ng/mL (N : 30 à 80)

Les données de la littérature actuelle suggèrent les intervalles suivants :

|    |   |           |   |                    |
|----|---|-----------|---|--------------------|
| <  | à | 5 ng/mL   | : | déficit profond    |
| 5  | à | 10 ng/mL  | : | déficit modéré     |
| 10 | à | 30 ng/mL  | : | niveau insuffisant |
| 30 | à | 80 ng/mL  | : | niveau suffisant   |
| >  | à | 100 ng/mL | : | toxicité           |

Dr BIOLOGISTE

  
CENTRE DE BILOGIE DES HOPITAUX  
3, Rue du Colonel GROS  
Tél: 05 22 20 35 35  
Fax: 05 22 20 35 15

06 61 75 52 65

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7

P

stationnement  
assuré

3, rue du Colonel GROS (Caïd Najem) , Quartier des Hôpitaux - 20 360 CASABLANCA

(à 100 mètres de la maternité du CHU IBN ROCHD) Tél.: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - Fax : 05 22 20 35 15

E-mail : cbhmaroc@yahoo.fr