

## 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 - Tel. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - [www.mupras.com](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

ND: 41552

N° W19-542997

Y/le du conjoint 2009

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2048

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

MR BENCHERIF Sidi - Said

Date de naissance :

01-02-1952

Adresse :

Tél. : 06 61 45 37 62

Total des frais engagés :

1335, M

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

06/08/2020

Nom et prénom du malade :

BENCHERIF Sidi Said Age : 68 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Nature de la maladie :

NCB

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

25 SEP. 2020

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 06/10/2020

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
06.10.2020	ca		3000 H	INP : 09.10.10.101
				DR. EMMANUEL TEL: 05 21 32 20 20

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie LAILA Seauinie / Bd. Abdellatif Habib - Casablanca Tunisie - Afrique	06/8/20	407.20

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>INSTITUT DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX * CBH *</b> du Colonel Gros - Casablanca Tél 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74 Fax: 05 22 20 35 15	08/08/2020	B 450	688,00

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 HONORAIRE																				
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'IC																				
<b>SOINS DENTAIRES</b> 		<b>Dents Traitées</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Nature des Soins</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Coefficient</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
		<b>INP :</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>DEBUT D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>FIN D'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		
<b>O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES</b> 		<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p><b>(Création, remont, adjonction)</b>          Fonctionnel. Therapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D		B		00000000	35533411	00000000	11433553
H		G																		
25533412	00000000	21433552	00000000																	
D		B																		
00000000	35533411	00000000	11433553																	
		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>MONTANTS DES SOINS</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>DATE DU DEVIS</b> <input type="checkbox"/>																		
		<b>DATE DE L'EXECUTION</b> <input type="checkbox"/>																		



Casablanca le :

٢٦/٠٨/٢٠٢٣

BN OTIRIF SIDI HAD

136,2 Alhydr mg 320/782

1 0 1 2

1 0 1 2

Alhydr

53,10 x 2 1 - 1 - 1

1 1 2

1 1 2

1 1 2

٢٠٢٣

DI INDO 10

53,00 x 2

Hydrocortisone (Afrine) (Dorale)

500 mg / pen

58,50

1107,20

شارع عبد المؤمن - إقامة ماري روزي الطابق الأول رقم ١١ - الدار البيضاء

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

الهاتف: ٠٥ ٢٢ ٤٩ ٢٥ ٥٥ - ٠٦ ٦٠ ١١ ١١ ٥٠

Dr. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
E-mail: drraji.lamia@gmail.com - 05 22 49 25 55

Dr. RAJI Lamia  
NEUROLOGUE  
E-mail: drraji.lamia@gmail.com - 05 22 49 25 55

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

**hydroxo 5000**

HYDROXOCOBALAMINE BASE

PPV 58DH50

EXP 04/2023  
LOT 01009 1

RELAXOL 500MG/2MG  
CP B20  
PER.10 2022  
LOT :19E009  
P.P.V :53DH10  
6 1180001060833

Chaque  
tablette  
contient  
5000  
UI de  
vitamine  
B12

17/08/2020

# ALYSE® 25 mg

PRÉGABALINE  
GÉLULES

56 GÉLULES



Voie orale

Lot:

19 J 8 12

Per:

09.2021

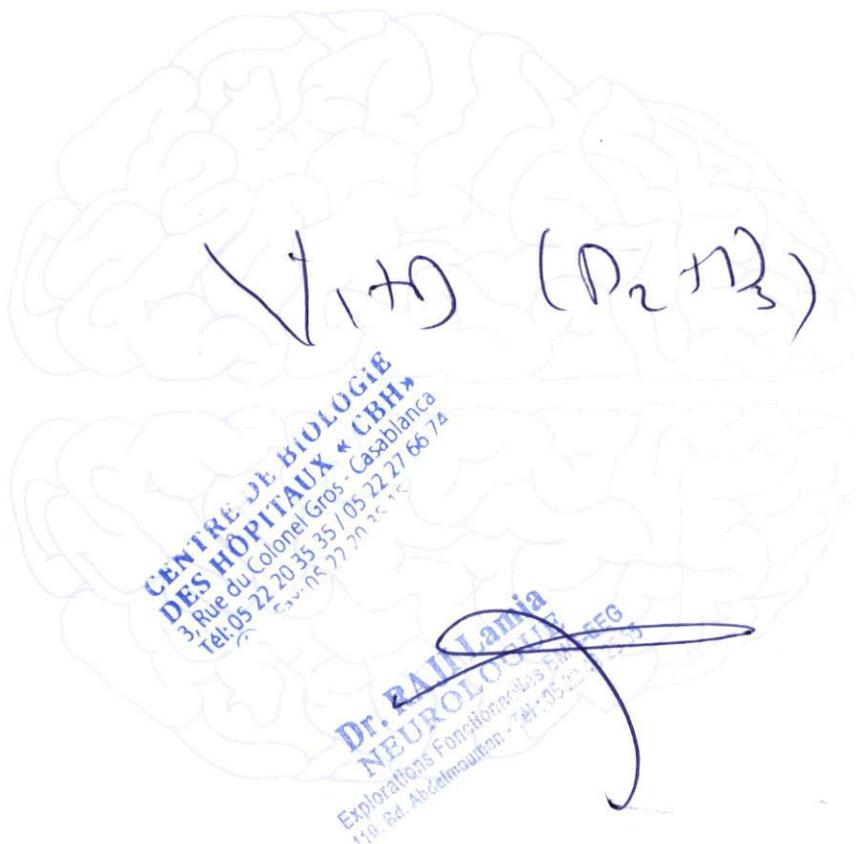
PPV: 136DH50



Casablanca le :

٢٠١٠/٠٩/٢٠

BENUTERIF ٢٠١٠ ٨٣٠



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 0009 07 Code INPE: 093062362



09306236

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 Maita BENKIRAN  
Pharmacien Biologiste  
Centre de biologie des hôpitaux casablanca  
Tel: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

**UNIVERSITÉ BIOPSYGISTE  
DES HÔPITAUX CASABLANCA**  
35 35 - 0662 38 03 39

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN

Pharmacien Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 08/08/20 à 10h37

Édité 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  
DES HOPITALS  
3 Rue du Dr. M. Bousfiha  
Tél: 05 22 20 35 35 - 05 22 49 06 65 - Fax : 05 22 20 35 15  
E-mail : cbhmaroc@yahoo.fr

Urgences - 24 / 24 - 7 / 7 06 61 75 52 65

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