

# 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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11869

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARIMA ZAKI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :



## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ..... 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 médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration, avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : .....

Le : ..... / ..... / .....

Signature de l'adhérent(e) :

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-027381

02 OCT. 2019

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule : .....

Nom de l'adhérent(e) : .....

Total des frais engagés : .....

Date de dépôt : .....

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

# Declaration de Maladie



N° W19-42799

Maladie

Dentaire

Optique

A

Cadre réservé à l'adhérent(e)

M869

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Zakia Karima

Date de naissance :

12/09/1977

Adresse :

12 C.N.A Rue d'Ennabi Quartier de la gare  
Belvédère Casablanca

Tél. :

06 26104669

Total des frais engagés

530 DH

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/9/19

Nom et prénom du malade :

Zakia Karima

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

urticadire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous plconfidential à l'adjudicatif conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : 19/09/19

Signature de l'adhérent(e) :

- 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.

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-427997

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.  
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

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
19/10/19	C	1	150,00	INF : 0910784 

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

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 canalaires, ainsi que le bilan d'état.																								
SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				INP : <input type="text"/>																				
				Coefficient des travaux <input type="text"/>																				
				Montants des soins <input type="text"/>																				
				Début d'exécution <input type="text"/>																				
				Fin d'exécution <input type="text"/>																				
O.D.F. PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																						
		<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td colspan="2">D</td> </tr> </table>			H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		00000000	00000000	35533411	11433553	B		D	
H		G																						
25533412	21433552	00000000	00000000																					
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>																						
00000000	00000000	35533411	11433553																					
B		D																						
		<p>[Création, remont, adjonction] 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'exécution <input type="text"/>																						

Dr. Abdelfettah IDRISI KAITOUNI

Expert Assermenté près les Tribunaux

MEDECINE GENERALE

Echographie

Electrocardiographie

Visite médicale pour permis de conduire

Casablanca, le

15/09/19



الدكتور عبد الفتاح إدريسي قيطوني

خبير محلق لدى المحاكم

الطب العام

الفحص بالصدى

التخطيط الكهربائي للقلب

الفحص الطبي لرخصة السائق

الدار البيضاء، في

Karima  
Zaki

LABORATOIRE MERS SULTAN  
196, Avenue Mers Sultan - CASA  
Dr. SAYEH Fahd  
Tél./Fax : 05 22 22 41 52

- NFS

- ECBU

- Parasito de Selly.



عمارة 35 - مشروع الفردوس - الألفة - البيضاء GH25B PO: 35

3, Imm PO : 35, GH25B, OP El firdaous - El Oulfa - Casablanca

GSM : 06 61 15 52 73 - Tél : 05 22 93 22 13 - E-mail : [ikaitouni@hotmail.com](mailto:ikaitouni@hotmail.com)

# LABORATOIRE MERS SULTAN

## D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALE

196, AV.Mers Sultan Appt.32, 5ème étage-casablanca  
(à côté de la clinique ex catala)  
Tél. & fax : 05 22 22 41 52

Dr. Fahd SAYEH  
Pharmacien Biogiste

**Facture n° 9IJJ5913**

CASABLANCA LE : 21/09/2019

Analyses effectuées le: 21/09/2019

Pour.....: **Mme ZAKI KARIMA**

Sur prescription du: Dr ABDELFETTAH IDRISI KAITOUNI

Code.....: 1FI8664



Organisme.....:

### Examen:

NFS CBU KOP1

Cotation : (B 270 )

**Montant Net : 380.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**TROIS CENT QUATRE VINGT Dhs 00 Cts**

LABORATOIRE MERS SULTAN  
196, Avenue Mers Sultan - CASA  
Dr. SAYEH Fahd  
Tél./Fax : 05 22 22 41 52

**Dr. SAYEH Fahd**  
Tél : 05 22 22 41 52  
INP : 097159396





Dr. Fahd SAYEH  
Pharmacien Biologiste

# مختبر التحاليلات الطبية

## LABORATOIRE MERS SULTAN

### D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du : 21/09/2019 à: 10:59

Référence : 90921767

Matricule :



1FI8664

25/09/2019

**Mme ZAKI KARIMA**

Médecin: **Dr. ABDELFETTAH IDRISI**  
**KAITOUNI**

#### EXAMENS DES URINES

#### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

##### 1-NATURE DE PRELEVEMENT

- Aspect..... : trouble
- Culot..... : abondant
- Couleur..... : jaune

##### 2-CHIMIE

- Albumine..... : négatif
- glucose..... : négatif
- Corps cétoniques..... : négatif
- Sang..... : positif++
- pH..... : 6,0

##### 3-CYTOLOGIQUE

- Leucocytes..... : quelques
- Hématies..... : assez nombreuses
- Cellules épithéliales. : nombreuses
- Cristaux..... : absence
- Cylindres..... : absence
- Levures..... : absence
- Trichomonas vaginalis..: absence

##### 4-COLORATION DE GRAM

Absence de germes

##### 5-DENOMBREMENT DE GERMES (SUR D.G.U PASTEUR)

Inférieur à 1.000 UFC/ml

##### 6-CULTURE SUR MILIEUX USUELS

Demeurée stérile

LABORATOIRE MERS SULTAN  
196, Avenue Mers Sultan - CASA  
Dr. SAYEH Fahd  
Tél : 05 22 22 41 52



Dr. Fahd SAYEH  
Pharmacien Biologiste

# مختبر التحاليل الطبية LABORATOIRE MERS SULTAN D'ANALYSES ET DE BIOLOGIE MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Prélèvement du : 21/09/2019 à: 10:59

Référence : 90921767



1FI8664

Matricule :

25/09/2019

Mme ZAKI KARIMA

Médecin: Dr. ABDELFETTAH IDRISI  
KAITOUNI

## EXAMEN DES SELLES

### **PARASITOLOGIE DES SELLES**

#### 1-EXAMEN MACROSCOPIQUE

Consistance.....	: pâteuse
Couleur.....	: marron
Parasites adultes.....	: absence
Eléments non fécaux.....	: absence

#### 2-EXAMEN CYTOLOGIQUE

##### # Examen direct

Hematies.....	: absence
Leucocytes.....	: quelques
Cellules epitheliales.....	: quelques
Mucus.....	: absence
Levures.....	: absence
Flore bactérienne.....	: normale

##### # Examen après enrichissement

Absence de parasites

LABORATOIRE MERS SULTAN  
196, Avenue Mr Sultan - CASA  
Dr. SAYEH Fahd  
Tél : 05 22 22 41 52