

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ialogie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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

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

Maladie

Dentaire

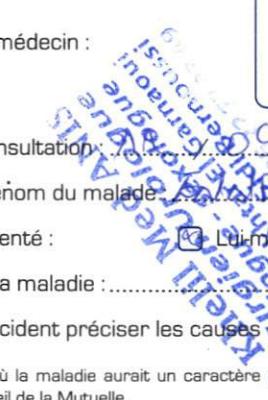
Optique

Autres

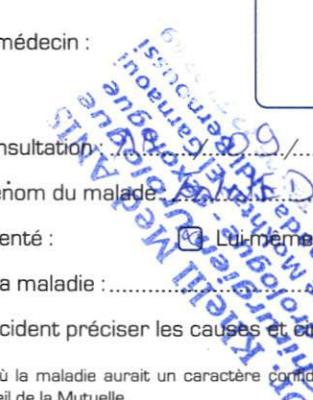
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2.593 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : ENNEADAM MOHAMED
Date de naissance : 1954
Adresse : AL MANSOURIA HAY AL QODS IM B3
N°2 BERNOUSSI CASA
Tél. : 06 30 48 69 39 Total des frais engagés : 100,0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 10/10/2019

Nom et prénom du malade : ENNEADAM MOHAMED Age :


Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

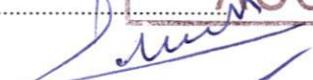
Nature de la maladie : ARTHROSIS

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : ACCIDENT

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) : 




RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Centre de Biologie - Mansouri 419, Bd. Sidi Abderrahmane Bernoussi -Casablanca | 15/09/19 | B60 | 100,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | 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.

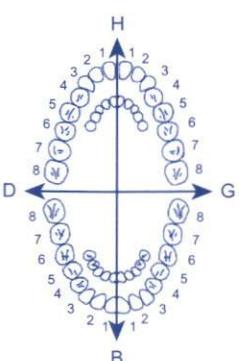
Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| H | |
|----------|----------|
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|---|---|
| <p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> | <p>DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: 100px;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;">D</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | H | | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | G | <p>CŒFFICIENT DES TRAVAUX</p> <p>MONTANTS DES SOINS</p> <p>DATE DU DEVIS</p> <p>DATE DE L'EXECUTION</p> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | G | | | | | | | | | | | | | | | |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Date du prélèvement : 16-09-2019
Code patient : 1908190016
Né(e) le : 01-01-1954 (65 ans)



الدكتورة البوستاني سناء
Docteur EL BOUSTANI Sanae

Hématologie
Biochimie Clinique
Immuno-sérologie

Microbiologie Médicale
Biologie Moléculaire
Biologie de la Reproduction

Compte rendu d'examen biologique de :
Mr ENNEDDAM Mohammed
Dossier N° : 1909160016
Prescripteur : Dr KHELIL Mohamed anis

Page 1 / 1

IMMUNO-HEMATOLOGIE

GROUPE SANGUIN ABO ET RHESUS

Deux déterminations sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.
 Chaque détermination est réalisée manuellement en double par deux techniciens différents et saisie par deux personnes différentes selon les recommandations.

Groupe sanguin ABO

Rhésus (D)

Signe

(Ci-joint carte de groupage)

O
Positif
+

NB: Cas particulier chez le nouveau-né : Le groupe sanguin n'est valide qu'à l'âge d'un an

Pour les bénéficiaires de transfusion et les patients prénatals, les réactifs anti-D ne détecteraient pas le phénotype DVI. Les individus porteurs du phénotype DVI peuvent produire un anti-D pour les épitopes manquants après immunisation par cellules positives RhD fœtales ou transfusées. Pour s'assurer que les mesures thérapeutiques appropriées sont mises en œuvre, un statut RhD négatif doit être attribué aux érythrocytes d'un patient DVI. A l'inverse, le sang des donneurs doit être testé avec l'anti-D qui détecte bien la DVI et doit recevoir le statut RhD positif afin d'éviter que l'unité soit transférée à un patient RhD négatif ou D partiel.

Centre de Biologie
- Mansour -
419, Bd. Souhaib Erroumi
Bernoussi -Casablanca

Validé par : Dr. EL BOUSTANI SANA

Prélèvement à Domicile Sur Rendez-vous

419, Bd. Souhaib Erroumi (Face Hôpital Mansour) Bernoussi - Casablanca C.P 20600 - سهيب الرومي (أمام مستشفى المتصور) - البرتوصي الدار البيضاء 419

05 22 75 75 39 / 08 08 517 963 laboratoirecbm@gmail.com / sanaelboustani@hotmail.com

05 22 75 75 39 - ICE : 002172232000010 - IF : 31818115 - PATENTE : 31600750

FACTURE N° : 190900257

CASABLANCA le 16-09-2019

Mr ENNEDDAM Mohammed

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|---------------------|------------|--------------|
| 9105 | Prélèvement sanguin | E17 | E |
| 0229 | Groupe ABO Rhésus | B60 | B |

Total des B : 60

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH

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

Centre de Biologie
-Mansour-
419, Bd. Souhaib Erroumi
Casablanca
Bernoussi

Docteur

Mohamed Anis Khelil

Chirurgien Urologue

Sexologue, Andrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancien Interne des Hôpitaux de Casablanca

Diplôme InterUniversitaire d'Uro-oncologie
de la Faculté de Médecine de Rabat

Diplôme InterUniversitaire de Médecine Hyperbare
et Subaquatique de la Faculté de Médecine de Marseille

Membre de l'Association Européenne
d'Urologie et de Sexologie



الدكتور

محمد آنيس خليل

اختصاصي في أمراض و جراحة

المسالك البولية، الكلي، المثانة والجهاز التناصلي

خريج كلية الطب بالدار البيضاء

سابقاً طبيب داخلي بمستشفيات الدار البيضاء

دبلوم علاج سرطان المسالك البولية

من كلية الطب بالرباط

دبلوم العلاج بالضغط العالي من كلية الطب بمرسيليا

عضو في الجمعية لأوروبية لجراحة المسالك البولية

والجهاز التناصلي

Casablanca, le : الدار البيضاء، في

ENNEDDAM Nabil

Ionogramme

- Urée
- Crétatine
- Acide urique
- Na⁺
- K⁺
- Cl⁻
- Ca⁺⁺
- Phosphore
- Bicarbonates (HCO₃-)

Fonction hépatique et enzymologique

- GOT, GPT
- Bilirubine libre + c
- Lipasémie
- Amylasémie
- Gamma-GT
- EPP
- Immuno EPP
- Albuminémie
- Protidémie
- TSH
- T3, T4
- Ph, Alcalines
- PTH (1-84)
- Vitamine D (25OHD)
- PSA



Hématologie

- NFS
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Glucose

- Glycémie à jeûn
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Examen urinaire

- miro-Albuminurie de 24h
- Protéinurie de 24h
- ECBU
- Antibiogramme

Autres :

Groupage

- ABO
Rhésus
RAI

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR
- Temps de saignement

Sérologie

- Ag Hbs
- Ac Anti-Hbs
- Ac Anti-HVC
- PCR de l'Hépatite C
- (quantitative)
- VDRL - TRHA
- HIV (1,2)
- Ac Anti - DNA
- AC Anti - nucléaires

Clairance de Crétatine

- Dosage sanguin
 - Dosage urinaire
- Centre de Bio - Mansour - 19, Bd. Souhaib Erroumi - Sidi Bernoussi - Casablanca

valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

ENNAADAI Nslels
Présente
Né de prostate traitée
Nécessitant un traitement d'une durée de :
.....
.....
.....
.....
.....

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : www.mupras.com // mail : reclamation@mupras.com // phone : 0522-22-78-14 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18
Adresse : 6ème étage, Angle Rue Allal BENABELLAH et Rue Fakir Mohammed (ex Rue Heintz) - Casablanca

Dr. Khelil Med ANIS
Chirurgien Urologue
Andrologue - sexologue
94, Rue Mokhtar Sidi Garnaoui
Hay Essaada Sidi Bernoussi
Casablanca-Tél: 05 22 73 03 49