

## 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 11409

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : TALIE

111 UHAM

Date de naissance : 09/11/70

Adresse :

Tél. : 0664304617

Total des frais engagés : 856,70

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik

Pédiatre Spécialiste

416, Anoual Capital Center Bd. Abdimoumen  
Angle Bd. Anoual Entrée « A » Bur N° 9 - 1er Etage  
Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet 06 59 93 11 11  
Fax : 05 22 86 15 32 - Urgence : 06 63 05 28 12  
ICE : 002000411000045 - INPE : 091023374

Date de consultation : 28/11/18

Nom et prénom du malade : TALIE

Age : 48

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : fever

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, je déclare la décliner 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 : 29 NOV 2019

Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

**MUPRAS**

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pédiatre Spécialiste  
416, Anoual Capital Center Bd. Abdimoumen  
Angle Bd. Anoual Entrée « A » Bur N° 9 - 1er Etage  
Tél : 05 22 86 37 27 - Cabinet 06 59 93 11 11  
Fax : 05 22 86 15 32 - Urgence : 06 63 05 28 12  
ICE : 002000411000045 - INPE : 091023374

Le : 29 NOV 2019

ACCUEIL

### 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  |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/11/19        | C                 | ✓                     | 250,-                           | INP : 08110233A4<br>Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik<br>Arjel - Nouvel Ordre des Médecins<br>N° d'ordre : 00223861<br>Date de l'examen : 08/11/19<br>Date de la signature : 08/11/19 |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Formisseur | Date     | Montant de la Facture |
|---------------------------------------|----------|-----------------------|
| DR HANANE BENKHADRA BENABDERRAZIK     | 08/11/19 | 106,-                 |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

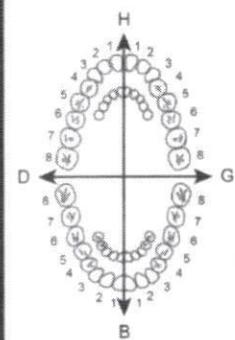
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| DR HANANE BENKHADRA BENABDERRAZIK                   | 08/11/19 | B: 150                       | 2000H                  |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

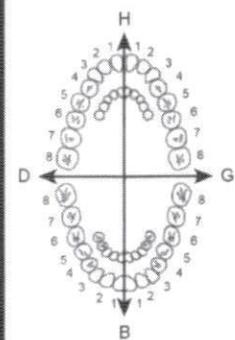
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|------------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                    |                | AM     | PC | IM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

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

|   |          |          |
|---|----------|----------|
| H | 25533412 | 21433552 |
| D | 00000000 | 00000000 |
| G | 00000000 | 00000000 |
| B | 35533411 | 11433553 |

### [Création, remont, adjonction]

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,

الدكتورة حنان بنخضرة بنعبد الرزاق

اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع

خريجة كلية الطب بلجيكا



371 - 161 - 05 22 86 05 70  
Bd Abdelloumen angle Bd.  
Anoual Capital Center  
Route de Casablanca  
Merleux

CASABLANCA, le 08.11.2019

Enfant TALIQ Dina

Age : 3 ans 9 mois

Poids : 14,20 Kg

11/20

1 DOLIPRANE 200 mg suppos : B/10

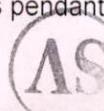


PPV 11DH50  
PER 12/2020  
LOT H2792

un suppo toutes les 6 heures pendant

22,50

2 NODOL FEN SIROP



NO-DOL FEN 20MG/ML  
SUSP BUV FL 150ML  
P.P.V : 22DH50

6 118000 1892

PPV: 70,60 DH  
LOT: 614351  
PER: 11/2020

1 dose/ kg toutes les 6 h pendant 2 jours

20,60

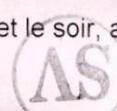
3 AUGMENTIN 100 mg/12,5 mg p ml pdre p susp

2 boites

1 dose/ kg le matin, à midi et le soir, au

60

4 ENTEROGERMINA



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat-R.P.1,  
Aïn seba Casablanca  
Enterogermina susp b  
P.P.V.: 60,00 DH  
5 118001 181553

PPV: 70,60 DH  
LOT: 614351  
PER: 11/2020

Prendre 1 dose le matin et le soir, pendant 5 jours.

79,50

5 APIXOL SIROP



Lot:  
À consommer  
avant le:  
PPC: 79,50 DH

Prendre 1 cuillerée à café le matin et le soir, pendant 5 jours.

45,90

6 ZENTEL 0,4g/10ml susp buv : Fl/10ml

2 boites

une prise unique à répéter 7 jours plus tard



Dr Hanane BENKHADRA

GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,90 DH  
6 118001 141357

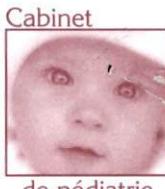
GlaxoSmithKline Maroc  
Aïn El Aouda  
Région de Rabat  
PPV : 45,90 DH  
6 118001 141357

ع عبد المؤمن زاوية شفاع اتوبي المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32  
416, Anoual Capital center, Bd abdelmoumen angle Bd. Anoual entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tel : 05 22 86 3

— benkhadrahanan@gmail.com — المستعجلات : Urgence : 06.63.05.28.12 — Fax : 05 22 86 15 32 —

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
pédiatre spécialiste

diplômée de la faculté de médecine de Liège Belgique,



الدكتورة حناء بنخضرة بنعبد الرزاق  
اختصاصية في أمراض الأطفال والرضيع  
خريجة كلية الطب بلجيكا (بلجيكا)

Muguet TALIQ DINA



E CBU

recherche  
glucose

LABOKAUIKE G Lab  
Docteur H ALI Mounir  
93, Boulevard Anouar  
INPE: 93061001 TP: 36336941

Dr Hanane Benkhadra Benabderrazik  
Pédiatre Spécialiste  
416 Anouar Capital Center Bd Abdelloumen  
Angle Bd Anouar entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> Etage  
Tél: 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11  
Fax: 05 22 86 15 32 / Urgence: 06 63 05 28 12  
ICE: 00206364109045 / INPE: 091023374

Casablanca, le 11/11/15

416، أنوال كابيتال سانتر شارع عبد المؤمن زاوية شارع أنوال المدخل A المكتب رقم 9 الطابق الأول - الهاتف : 05 22 86 37 27 - الفاكس : 05 22 86 15 32 - العنوان : 416 Anouar Capital center Bd Abdelloumen angle Bd. Anouar entrée A, Bureau N° 9 1<sup>er</sup> étage - Tél : 05 22 86 37 27 / Cabinet: 06 59 93 11 11 — benkhadrahanan@gmail.com — Urgence : 06.63.05.28.12 — المستعجلات : 06.63.05.28.12 — Fax : 05 22 86 15 32 —

*Reçu*

Enff Dina TALIQ

Né(e) le : 19-01-2016

Saisie par : BMA/ 08-11-2019 18:22

Analyses : CBU, ATB Entérobactéries, RC, ID

*RETRAIT LE : 09-11-2019*

N° Dossier : 1911082043



Montant total : 200 DH

Payé : 200 DH

Reste : 0 DH

*Dossier rendu*

Prescripteur : Dr. Hanane BENKHADRA BENABDERRAZIK

E-Mail : benkhadrahanane@hotmail.com – Tel : 05.22.86.37.27 – Fax :

**FACTURE N° : 1911082043**

Casablanca le 08-11-2019

**Enff Dina TALIQ**Demande N° 1911082043  
Date de l'examen : 08-11-2019

Analyses :

**Récapitulatif des analyses**

| CN   | Analyse                            | Val | Clefs |
|------|------------------------------------|-----|-------|
| 0241 | Cytologie, culture, identification | B90 | B     |
| 0242 | Antibiogramme                      | B60 | B     |

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 200 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cents dirhams

*LABORATOIRE GLAB  
DOCTEUR MOUNIR FILALI  
93, BOULEVARD ANOUAL CASABLANCA  
TÉL : +212(0) 522 86 09 10 - FAX : +212(0) 522 86 08 95  
GSM : +212(0) 6 68 43 91 31 / IF : 15188932 - TP : 36336941 - CNSS : 4157526  
E-mail : contact@alab.ma - www.glab.ma - ICE : 001758930000090*

Edition le Samedi 09 Novembre 2019 à 12:08

Enff Dina TALIQ  
14 RUE IBNO KHOTAIBADr. Hanane BENKHADRA BENABDERRAZIK  
293, Bd Abdelmoumen Imm Morjana 1er étage  
20000 CASABLANCA

20000 CASABLANCA

## Résultats de Enff Dina TALIQ

Né(e) le 19-01-2016

Dossier : 1911082043

Prélevé le : 08-11-2019 à 18:21 par Malika BENKAIBAL.

Dossier enregistré le: 08-11-2019 à 18:22

Compte-rendu annule et remplace le rapport du 08-11-2019

Intervalles de référence

Antériorités

**INFORMATION PATIENT**Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".Identité du patient :*Identité du patient non contrôlée sur papiers officiels***CYTOBACTERIOLOGIE URINAIRE****EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

Recueil

Au Laboratoire

Traitement ATB en cours ?

NON, pas de traitement en cours

Antibiotique :

Donnée inconnue du LAM

Aspect

Limpide

Couleur

Jaune

**CHIMIE**

Glucosurie

Négative

Albumine

**Positive**

Sang

Recherche négative

corps cétoniques

**Recherche positive**

Nitrite

Recherche négative

pH

6.0

Dossier validé biologiquement par : Docteur Mounir FILALI

Page 1 / 2

EXAMEN AU DIRECT

|                           |                              |       |
|---------------------------|------------------------------|-------|
| Numération des Leucocytes | <10 /mm3                     | (<10) |
| Numération des Hématies   | <5 /mm3                      | (<5)  |
| Cellules épithéliales     | Rares cellules épithéliales. |       |
| Cristaux                  | Absence de cristaux.         |       |
| Cylindres                 | Absence de cylindres.        |       |
| Levures                   | Absence                      |       |
| Trichomonas vaginalis     | Absence                      |       |

## COLORATION

## **EXAMEN APRES CULTURES**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Numération des germes  | Absence de germes.         |
| Identification<br>(Culture sur milieu d'enrichissement chromogène) |                            |
| CONCLUSION   | Culture stérile après 24h. |

*NB: Le laboratoire ne réalise les antibiogrammes qu'en cas d'infection urinaire possible ou avérée.*

Dossier validé biologiquement par / Docteur Mounir FILALI

