

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 | adhession@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 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° W19-492336

M.D = 2453g ANS

ANCI

Optique Autres

Maladie Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

2296

Société : RATP

Matricule :

Actif Pensionné(e)

Nom & Prénom :

LAHLOU

Autre :

RACHID

Date de naissance :

01/01/56

Adresse :

LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE
CASA

Tél. :

0661159849

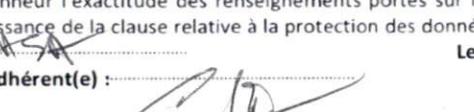
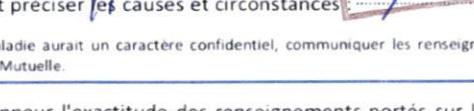
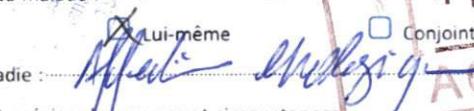
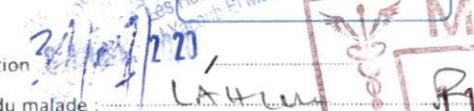
Total des frais engagés

762,40

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

31/12/20

Nom et prénom du malade :

LAHLOU

Lien de parenté :

Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Alzheimer

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 :

Le : 09/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie OULED DA Ouled DA Boudjellal Tél : 06 38 39 22 E : 00185239 <i>B</i>	1/2/20	312,60

ANALYSES - RADIographies			
LABO et signature du Laboratoire	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Houda AMANI - Biotagisste N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods Quartier Omaria - Ain Chock - CASABTAN Tel: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 11 INPER	10/01/2020	MEDICALES D'ANALYSES	150,000

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																								
Le praticien est tenu 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF																								
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																				
				INP : <input type="text"/>																				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																				
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																				
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td> </td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td></td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td></td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H	25533412		21433552	D	00000000		00000000	<hr/>				G	00000000		00000000	B	35533411		11433553
H	25533412		21433552																					
D	00000000		00000000																					
<hr/>																								
G	00000000		00000000																					
B	35533411		11433553																					
		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																						
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																						

Docteur M. Amine BOUAB

CIRURGIEN UROLOGUE

Diplômé de la faculté de médecine
Saint-Antoine (Paris VI)

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Echographie rénale et vésico-prostatique

Endoscopie diagnostique et interventionnelle

Lithotripsie extra-corporelle



الدكتور محمد أمين بواب

جراح اختصاصي في أمراض الكلى
والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)

طبيب داخلي سابق بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى

الفحص والجراحة بالآلات البصرية للمسالك البولية

تفتيت حصى الكلى

Casablanca, le :

31/01/2020

الدار البيضاء، في :

N° LAITON Radha
Faire Rd Rd

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omania - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061595

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Les Résidences du Palais, Angle Bd. Ghandi
et Yacoub El Mansour, Imm. E - 3^{ème} étage
Tél. : 05 22 39 10 50 - Fax : 05 22 39 10 51

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture

N° facture : 2020-0780

Édité le : 05/02/2020

Patient : Mr LAHLOU Rachid

Date prélèvement : 31/01/2020

N° Dossier : 113001332

Analyses	Valeur en B	Montant
EXANEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES	130	174,20
Total B	130	174,20
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		150,00

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
Dr. Houda Othmani Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omaria - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061596



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

مختبر عثماني للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmiologie)

Casablanca, le 01/02/2020

Dossier N° : 113001332 Pvt du: 31/01/2020 17:51

Nom : Mr LAHLOU Rachid

Age : 64 ans

Demandé par Dr : BOUAB M AMINE

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Date du Prélèvement :	:	31/01/2020
Prélèvement	:	Fait au laboratoire
Recueil	:	Premier jet
Aspect	:	Clair
Couleur	:	Jaune clair
Culot de centrifugation	:	Absent

CHIMIE URINAIRE

pH	:	5,50	(5 - 7)
Glycosurie	:	Absence	
Hématurie	:	Absence	
Acétonurie	:	Absence	
Nitrites	:	Absence	
Sels et pigments biliaires	:	Absence	
Proteinurie	:	Absence	

CYTROLOGIE

Leucocytes	:	3x10 ³ /ml	(Inférieur à 10000)
Hématies	:	10 ³ /ml	
Cellules épithéliales	:	Rares	
Cylindres	:	Absence	
Cristaux	:	Absence	
Levures	:	Absence	

PARASITOLOGIE

Trichomonas vaginalis	:	Néant
-----------------------	---	-------

BACTERIOLOGIE

Culture

Numération	:	<10 ³ UFC/ml
Culture	:	Stérile après 24h d'incubation à 37°C

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Houda Othmani - Biologiste

N°2 Bd El Qods, Résidence El Qods

Dr. Houda OTHMANI BLANCA

Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 30

TNPE: 093061596

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Adresse : N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omaria, Ain Chock - Casablanca

Tél: 0522 21 22 11 - Gsm : 0662 27 99 66 - Fax : 0522 21 22 39 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com - Site web : www.othmanilab.ma