

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 canaux, 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 canaux.

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 Aïlal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aïlal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge
Casablanca 20000 - Tél : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Declaration de Maladie

N° W19-492336

md = 24539

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *2296* Société : *RAJ*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : *LAHLOU RACHID*

Date de naissance : *01/01/56*

Adresse : *LOT LA COLLINE II N°10 CALIFORNIE CASAB*

Tél : *0661159849* Total des frais engagés : *762,40* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : *Dr. Amine Boudab*
Chirurgien Urologue
Résidences du Palais, Angle Bd Chandi
El Mansour, 11m. E - 3ème Etage
Tel : 022 39 10 51

Date de consultation : *24/01/20*

Nom et prénom du malade : *LAHLOU RACHID* Age : *64*

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : *Affection Médic*

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 : *CASA* Le : *09/03/2020*

Signature de l'adhérent(e) : *[Signature]*

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Medecin attestant le Paiement des Actes
31/01/2020	U		304,00	INP : 081035045
01 FEV 2020	U		U	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/2/20	312,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Laboratoire et signature du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Houda MEDICALES N°2, Bd El Ouda, Résidence El Ouda Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 20 INPE: 093061566	01/01/2020		159,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, 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. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B [Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique nécessaire à la profession			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"/>

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

LOT
PER
28,80
PPV
LOT
PER
28,80

بن بواب
كلي
LOT
PER
PPV
37,60
مصرية للمسالك البولية

Casablanca, le : 01/02/2020 الدار البيضاء، في :

N° LABOUR Reçu

6390

①

(S.V)

Bipryl 100 mg

14 x 21 mg

15380

②

(S.V)

Levamisole 100 mg

37,60

③

(S.V)

2 gel 1 g 6 fois

Lysanxir gel

112100

(S.V)

5 gel 1 g et 2 g mot

Vitamine fol

15380

④

2880 + 2
5760 24 x 21 mg
10 j

Dr. Med Amine BOUAB
Chirurgien Urologue
Angle Bd Ghannouchi
3ème Etage
22 39 10 51

153,30

4/240



Docteur M. Amine BOUAB

CHIRURGIEN UROLOGUE

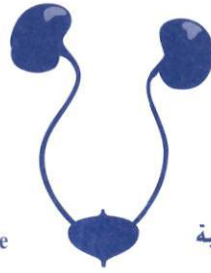
Diplômé de la faculté de médecine
Saint-Antoine (Paris VI)

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 الكلي
والمسالك البولية والتناسلية

خريج كلية الطب بباريس (فرنسا)
طبيب داخلي سابقا بمستشفيات باريس

الكشف بالصدى
الفحص والجراحة بالآليات البصرية للمسالك البولية
تفتيت حصي الكلي

Casablanca, le : 31/01/2020 في : الدار البيضاء

N° LAHOU Roudou

Faire The BH

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Quartier Omnia - 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" - 3ème étage -
Tél: 05 22 39 10 50 - Fax: 05 22 39 10 51

Résidences du palais, angle Bd. Ghandi et Yacoub El Mansour
Entrée par rue Yasmine, Imm. E, 3ème étage - Casablanca

Tél. : 05 22 39 10 50 • Fax : 05 22 39 10 51 • Mobile : 06 63 72 39 30 • E-mail : drboubouab.uro@gmail.com

إقامة القصر، زاوية شارع غاندي، و شارع يعقوب المنصور،
الدخول زنقة ياسمين، عمارة E، الطابق الثالث، الدار البيضاء.

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

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

Facture

N° facture : 2020-0780

Edité 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
MÉDICALES
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: 093061596



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

CYTOLOGIE

Leucocytes : 3×10^3 /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

Nous vous remercions de votre confiance

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES
MEDICALES
Dr. Houda Othmani - Biologiste
N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods
Dr. Houla OTHMANI - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 30
INPE: 093061596