

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER 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.

diologie 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.

ctique :

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

éducation :

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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

aladie 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



Déclaration de Maladie

Nº P19-

067982

ND: 32108

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 7875 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Lotfi Baida

Nom & Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

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 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19-067982

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.

Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.



Déclaration de Maladie
Nº P19- 0040078

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **7875** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

LOTFI Saïda

Date de naissance :

11/2/1966 22 JUIN 2020

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : **200 + 155,60 + 820 Dhs**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**Docteur Malika ENNAI
MEDECINE GENERALE
Capital Centrale
Toulon**

Date de consultation :

01 JK

Nom et prénom du malade : **LOTFI Saïda** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

cardio

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 : **22/06/2020**

Signature de l'adhérent(e) :

Lotfi

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
1 JUN 2020	Ca		200,00 D.H	Docteur MEDICIN GENERAL Capital Centre - Avenue B - 11 boulevard Anouar Es-Sabagh

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Prénom du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Nezha El Aouad Dokkar en Pharmacie	01/06/2002	155,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	10/06/20	HW 600	829,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	00000000
	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

A diagram showing a 10x10 grid of circles. The circles are numbered from 1 to 10 in a repeating pattern: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. The grid is centered at the origin (0,0). The horizontal axis is labeled 'D' at the left end and 'G' at the right end. The vertical axis is labeled 'H' at the top end and 'B' at the bottom end. The grid is bounded by the lines x = -5 to 5 and y = -5 to 5.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

مركز المستشفيات للتحاليل الطبية

Centre de Biologie des Hôpitaux

Prélèvement à domicile sur rendez-vous
Ouverture : Tous les Jours de 7 h à 19 h - Samedi de 7 h à 15 h



Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée

EXAMEN du : 10/06/20 à 10h37
Edité le : 15/06/20 à 14h50

Mme LOTFI Saida

Patient 302787 Né(e) le 01/02/1966
Dr. ENNABIL Malika

Prélèvement effectué au Laboratoire

Page : 1 / 1

IMMUNO-SEROLOGIE

NORMES

ANTECEDENTS

TEST RESPIRATOIRE A L'UREE 13C (HELICOBACTER PYLORI)
(Technique spectrophotométrique infrarouge isotopique)

T0 delta°/00

T30 delta°/00

T30 - T0 delta°/00

RESULTAT : Faible charge bactérienne, taux de CO2 très bas.

Remarques

Le test respiratoire à l'urée marquée au 13C est la technique GOLD STANDARD pour le contrôle de l'éradication de l'*Helicobacter pylori*.

Le test peut être utilisé chez l'enfant à partir de 5 ans.

Dr MALIKA BENKIRAN

Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de biologie des hôpitaux casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0562 38 03 39

Docteur Malika ENNABIL

MEDECINE GENERALE

D.I.U Nutrition

D.I.U Echographie



الدكتورة مليكة النبيل

الطب العام

التغدية

الفحص بالصدى

Casablanca, le : 01 JUIN 2020 الدار البيضاء، في :

01/01/2019
01/12/2023

STILNOX 10MG
CP PEL SEC B20

P.P.V : 56DH60



6 118000 061465

OTFI Saïda



56,65 - Stilnox

1 UP les vir



88,50 - Relaxium 375

1 gel au lit



Pharmacie

Argane

Nezha El Aoud

House of Pharmacy

136, av. Bourdelli - Casablanca

Tél. : 05 22 49 21 71 / 72 - Fax : 05 22 26 10

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Center, Entrée B - N
Boulevard Anoual - Casablanca



(01)

Capital Centre
203, Angle Bd. Anoual et Abdelmoumen
1er Etage N° 1, Imm. B - Casablanca -

كابطال سنطر
203. زاوية شارع عبد المؤمن وشارع أنوال
قة الأولى الشقة رقم 1 العمارة ب - البيضاء -

☎ : 05 22 25 02 45



Casablanca, le : 01 JUIN 2020 الدار البيضاء، في :

Dr. Lotfi Saida

- Recherche de la HP pour
le test des givats et
à l'urine

Docteur Malika ENNABIL
MEDECINE GENERALE
Capital Centre - 1^{er} Etage - N° 1
Boulevard Anoual - Casablanca

CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX * CBH *
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 15 / 05 22 27 66 74
① Fax: 05 22 20 35 15



LABORATOIRE CENTRE DE BIOLOGIE DES HÔPITAUX CBH
3, rue du Colonel Gros (Caïd Najem) Quartier des Hôpitaux 20100 Casablanca
Tél : 05.22.20.35.35/05.22.27.66.74
Patente : 36332437 I.F. : 40288423
N° ICE : 0017 10887 0000 07

Fax : 05.22.20.35.15
CNSS : 8036726
Code INPE: 093062362



FACTURE No : 142684

Casablanca, le : 10/06/2020

Analyses effectuées le .. : 10/06/20 à 10h37
Sur prescription du : Dr ENNABIL Malika

Identité Patient : Mme LOTFI Saida
Code Patient : 302787

BILAN :

1 TRU TEST RESPIRATOIRE A L'UREE (H. PYLORI) HN 600

TOTAL B : 0

TOTAL HN : 600

0

MONTANT : 829,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : 829,00 DH

Dr Malika BENKIRAN
Pharmacien Biologiste
Centre de Biologie des Hôpitaux Casablanca
Tél: 0522 20 35 35 - 0662 38 03 39

**CENTRE DE BIOLOGIE
DES HÔPITAUX * CBH ***
3, Rue du Colonel Gros - Casablanca
Tél: 05 22 20 35 35 / 05 22 27 66 74
Fax: 05 22 20 35 15