

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

- 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.

Déclaration de Maladie

N° W19-545005

ND: 35072



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

138LD

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ANASRIT Ounaww

Date de naissance :

17/12/1996

Adresse :

Tél. :

0630 24 92 98

Total des frais engagés

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

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 piconfidentiel 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

8

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
27/07/2019	Consultation	13	300 HTT Docteur	INP : 1071102792 Signature : Dr. J. AV. G. 06 12 25 30 55 7713 91/CSM. 06 01 25 30 55

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	27/66/20	49,60.

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	AV. 07.2	B 900 PFT	1206,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 de l'ODF.

O.D.F
PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	G
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch, likely a maxillary (upper) arch, with the following tooth arrangement and symbols:

- Upper Arch:** Teeth are numbered 1 through 8. Symbols include: 1 (diamond), 2 (circle), 3 (triangle), 4 (square), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), and 15 (circle with a dot).
- Lower Arch:** Teeth are numbered 1 through 8. Symbols include: 1 (diamond), 2 (circle), 3 (triangle), 4 (square), 5 (pentagon), 6 (hexagon), 7 (heptagon), 8 (octagon), and 14 (circle with a dot).
- Legend:** A legend at the bottom right shows a circle with a dot and a circle with a cross, likely representing the symbols for teeth 15 and 14 respectively.

[Création, remont, adjonction]

Évaluation, Thérapie, et professionnalisation

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Ismaïl SASSENOU

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Professeur d'Enseignement Supérieur à la Faculté
de Médecine de Rabat
Ancien Médecin de l'Hôpital Militaire d'Instruction
Med V



Code INPE : 101102390

الدكتور إسماعيل ساسنون

اختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي

أستاذ التعليم العالي بكلية الطب - الرباط

طبيب سابق بالمستشفى العسكري الدراسي

محمد الخامس

27/6/20

Rabat, le :

ن°

Amarhit

oualane

13
C

Test

Aspirine

du

la souche

14/7/

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES POUR GHANDI
Dr. TAZI Kenzaour. RDC.
159, bd Yacoub El Mansour. Casablanca
Tel: 0522991977 - Fax: 0522991975

Docteur Ismail SASSENOU

Professeur de Médecine

Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Imm. 18, Appt. 11, Av. Omar Ibn Khatab, Agdal - Rabat
Tél: 05 37 77 13 91 / GSM: 06 61 25 00 55

إقامة العاصمة عمارة 18، شقة 11، شارع عمر ابن الخطاب أڭادل - الرباط - الهاتف: 05 37 77 13 91

Rés. La Capitale Imm. 18, Appt. 11, Avenue Omar Ibn Al Khattab, Agdal - Rabat - Tél : 05 37 77 13 91

البريد الإلكتروني : isassenou@yahoo.fr

Patente : 25 77 21 75 - IF : 144 76 174 - ICE : 001678948000093 - CNSS : 43 007 53



مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Medecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Facture

N° facture 2020-1693

Patient Mme AMAHRIT Oumaima

Date 11/07/2020

Analyses	Valeur en B
RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI: TEST RESPIRATOIRE	900
Total B	900
Total	1 206,00

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159, bd Yacoub El Mansour, RDC.
Casablanca
Tel: 0522991974 / Fax: 0522991972

Arrêtée la présente facture à la somme de : Mille deux cent six dirhams***



LABORATOIRE PORTE GHANDI

مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA
Médecin Biogiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

Casablanca, le 14/07/2020
Code Patient 19-00917

Nom : Mme AMAHRIT Oumaima

Dossier N° : 110720-011

Prélèvement du: 11/07/2020 11



Compte rendu d'analyses

ANALYSES DIVERSES

Valeurs Usuelles

Antériorités

RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI: Test respiratoire à l'urée marquée au 13C

TEMPS T0	:	-25,5	
TEMPS T30	:	-25,0	
TEMPS T30-T0	:	0,60	(Inférieur à 5)
RESULTAT	:	Négatif	

Interprétation:

Index T30-T0 < ou = 5.0 : test négatif

Index T30-T0 > 5.0 et < ou = 10.0: test équivoque, à confronter aux données cliniques

Index T30-T0 > 10.0 : test positif

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biogiste

~~LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES PORTE GHANDI~~
Dr Tazi Kenza
159, bd Yacoub Al Mansour. RDC.
Casablanca
Tel: 0522991974 / Fax: 0522991972