

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES À 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.

## Diagnostique 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.

## Educational :

- 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.

## Maladie chronique :

- 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.

## 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

- déclaration : 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

N° P19- 060030

ND 36943

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7720 Société : RM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HACHEME LAMCEH

Date de naissance : 25/01/1957

Adresse : T. 7

Tél. : 26 73 19 28 63 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 08/06/20

Nom et prénom du malade : HACHEME LAMCEH 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) : ACCUEIL



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>LABORATOIRE SBATA</b> Mardi 30 Juin 2020 Lettre clé+cotation: B 13 Montant Facturé: 100 000 F	<b>CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA</b> <b>DR ALEATH ABDELMAJID</b> <b>MEDICIN BIOLOGISTE</b> 642 BD ORISS MARTI C-D CASA TEL: 05 22 55 28 07 / FAX: 05 22 38 02 60		

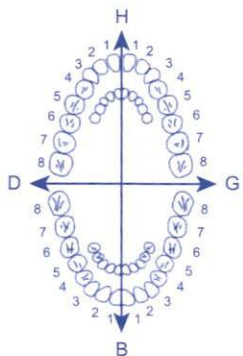
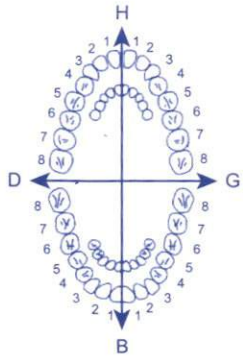
[illegible]

## RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié d'indiquer 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'odontologie.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
					MONTANTS DES SOINS													
					DEBUT D'EXECUTION													
					FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
				DATE DU DEVIS														
				DATE DE L'EXECUTION														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

Casablanca, le : 26.09.2006 : الدار البيضاء في:

- ☐ NFS
- ☐ Plaquettes
- ☐ Glycémie à jeûn ☐ Hémoglobine glyquée
- ☐ Urée sanguine
- ☐ Créatinine sanguine
- ☐ VS
- ☐ CRP
- ☐ Acide urique
- ☐ Cholestérol total
- ☐ HDL - LDL
- ☐ Triglycérides
- ☐ Na+/K+ sanguins
- ☐ Na+/K+ urinaires
- ☐ Calcémie
- ☐ Dosage de la vitamine D
- ☐ ASAT - ALAT
- ☐ Gamma GT
- ☐ Bilirubii
- ☐ Phosph
- ☐ Electrop
- ☐ Lipasén
- ☐ Taux de prothrombine
- ☐ Facteur V
- ☐ THSus
- ☐ T3, T4, libres
- ☐ a-foeto-protéines sériques
- ☐ PSA

- ☐ ACE
- ☐ CA 19-9
- ☐ Serologie HP
- ☐ Recherche d'HP dans les selles
- ☐ Test respiratoire à l'urée marquée
- ☐ Ac HVC
- ☐ Ag Hbs ☐ Ac anti Hbs
- ☐ Ag Hbe ☐ Ac anti Hbe
- ☐ Ac anti HbC ☐ Ig M ☐ Ig G
- ☐ Ac VHA ☐ Ig M
- ☐ Ac hepatitis E
- ☐ Charge virale du VHB
- ☐ Charge virale du VHC
- ☐ Génotypage du VHC
- ☐ Fibrotest / Actitest
- ☐ Fibromax
- ☐ Ac antimitochondries
- ☐ Ac antinucléaires
- ☐ Ac anti SLA
- ☐ Calprotectine
- ☐ Ac anti KLM1+2
- ☐ Ac anti gliadines
- ☐ Ac antiendomysium (Ig A)
- ☐ Examens parasitologiques
- ☐ des selles 3 jours de suite
- ☐ Coproculture
- ☒ E.C.B.U
- ☐ Compte d'addis
- ☐ Autres : .....

LABORATOIRE SBATA

Mr HACHINE Lahcen  
05-01-1957

2006300055



ORDONNANCE



**CULTURE**

C.L.E.D  
(Milieu polyvalent)

Stérile

E.M.B  
(Milieu sélectif des BGN)

Stérile

**CONCLUSION**

***Absence de signes biologiques d'infection urinaire***

**COMMENTAIRE**

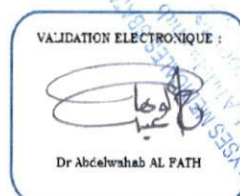
**Normes interprétatives des résultats du dénombrement des germes et des leucocytes urinaires :**

- Leucocytes environ 0/mm<sup>3</sup> /Bactéries < 10 p5 UFC/ml :
  - \* Pas d'infection
- Leucocytes environ 0/mm<sup>3</sup> /Bactéries > 10 p5 UFC/ml :
  - \* Contamination Refaire un ECU
  - \* Infection urinaire
- Leucocytes > 10/mm<sup>3</sup> /Bactéries > 10 p5 UFC/ml :
  - \* Infection urinaire
- Leucocytes > 10/mm<sup>3</sup> /Bactéries < 10 p5 UFC/ml :
  - \* Infection urinaire traitée
  - \* Tuberculose rénale
- \* Bactéries diluées: infection génitale/diurèse abondante
- \* Bactéries non multipliées: PH urinaire bas/recueil < 4 heures
- \* Bactéries à multiplication lente
- \* Bactéries en amas=bacilles pyocyanique

NB:

- C.L.E.D: Cystine Lactose Electrolyt Déficient.
- E.M.B :Eosine Bleu de Méthylène.

**Compte-rendu complet**





# مركز التحليلات الطبية سيّاتة CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

642 شارع إدريس الحارثي - سيّاتة - البيضاء - 05 22 55 28 07 — 05 22 38 02 60 — Patente N° : 33990016 - I.F.N° : 2660162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

Dossier N° : 200630-0068

Mr Lahcen HACHINE

Né(e) le : 05/01/1957/ 63 ans

Prescription : Dr . S JAI

Date de l'examen : 30/06/2020



## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

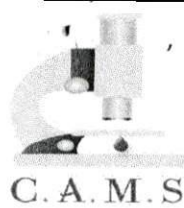
Aspect : Clair  
Culot : Minime

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes /mm <sup>3</sup>	1	(<10)	15/04/2020	3
Hématies /mm <sup>3</sup>	3	(<10)		1
Cellules épithéliales :	Rares			
Germes	Absence			
Levures	Absence			
Trichomonas	Absence			
Cylindres :	Absence			
cristaux:	Absence			

VALIDATION ELECTRONIQUE :

Dr Abdelwahab AL FATH



مركز التحاليل الطبية سيّاتة  
CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA

Docteur Abdelwahab AL FATH  
Médecin Biologiste

الدكتور عبد الوهاب الفتح  
طبيب مخبري

642، شارع إدريس الحارثي - سيّاتة - البيضاء - 05 22 38 02 60 - 05 22 55 28 07  
Patente N° : 33990016 - I.F N° : 2860162 - CNSS N° : 6771986 - R.C. N° : 131577  
E-mail : laboratoire.sbata@gmail.com

ICE : 000192003000084

FACTURE N° : 200630-0068

Mr Lahcen HACHINE

Prescription : Dr . S JAI

Date de l'examen : 30/06/2020



Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cytot bactériologique des urines	B130	B

Montant Facturé

100.01Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent dirhams un  
centimes

CENTRE D'ANALYSES MEDICALES SBATA  
DR ALFATH ABDELWAHAB  
MEDECIN BIOLOGISTE  
642 BD DRISS HARTY C D CASA  
TEL: 05 22 38 02 60 / 05 22 55 28 07