

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.

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.

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

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° M20- 0002496

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03272 Société : 56831
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : LAHLALI AZEDINE
Date de naissance : 12.05.1952
Adresse : 12, Rue MOUAFFAQ-EDDINE APT 10 CASABLANCA ANFA
Tél. : 06.23.086397 Total des frais engagés : 201.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 05/01/21

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 : l'Hôpital CASABLANCA

Le : 05/01/2021

Signature de l'adhérent(e) :

119

Autorisation CNDP N° : AA-215 / 2019

RELEVÉ 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
05/01/21	E.C.B.U			Dr. ABDI EL MOUSTAPHA Orologie CHU, Ibn Rochd - Casablanca

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOLOGIQUES RCS Pasteur 21.474.747 / 98 Tél: 0522 49 26 71 Fax: 0522 49 26 71	04/01/21	B.150 +PC 1.5	201.00 dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

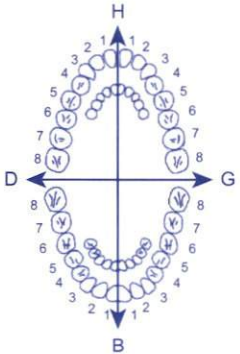
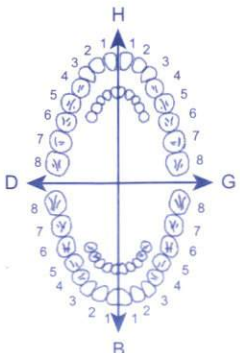
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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'exécution.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE			CCEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			MONTANTS DES SOINS
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	(Création, remont, adjonction) 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



Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية
وزارة الصحة
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



BILLET D'EXAMEN

Date : 05/01/2021

Prénoms - Nom du malade : ELAHLIMI AFDINE

Service : N° d'admission :

Renseignements Cliniques	Résultat d'Examen
E. C. B. U	LABORATOIRE CHARLES NICOLL Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Cas. Tél: 0522 48 26 74 / 98 Fax: 0522 49 26 71

Le médecin traitant

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30
Fax : 05 22 29 94 83

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

FACTURE : 39091

Casablanca, le 04/01/2021

CN 16405

Nom et Prénom : **Monsieur LAHLALI Azeddine**
Référence : **040121 055**

BILAN :

ANTIBIOGRAMME B 60
CYTOLOGIE DES URINES B 90

Prélèvements : 1 + 1 0,00 Dh

MONTANT NET : 201,00 Dhs (Soit 150 B)

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Deux cent un Dirhams et zéro centime

LABORATOIRE CHARLES NICOLLE
Rcs Pasteur 21, Place Pasteur - Cas:
Tél: 0522 49 26 74 / 98
Fax: 0522 49 26 71

Dr. FAVARD ENNACHACHIBI Mireille
Pharmacien - Biologiste

DIPLOMEE DE L'UNIVERSITE DE LYON ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS C.E.S. DE BACTERIOLOGIE
VIROLOGIE, HEMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE, PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE, BIOCHIMIE

Prélevé le 04/01/2021 à 11h03

Prélèvement Transmis au Laboratoire

Reçu le 04/01/21 à 11h03

Date de Naissance : 12/05/1952

Edité le: 05/01/21 13h02

Résultats complets

Monsieur LAHLALI Azeddine

CIN: RF: 040121055

CASABLANCA, le 05/01/2021

BACTERIOLOGIE

CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (CBU)

Identification et antibiogramme effectuée sur système Expert automate VITECK 2 (Biomerieux)

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect	: LIMPIDE
ph	: 6,0
Glycosurie	: Absence
Albuminurie	: Absence
Corps cétoniques	: Absence
Nitrite	: Absence

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Leucocytes	: < 2	/mm ³	(0 - 10)
Hématies	: < 2	/mm ³	(0 - 10)
C.Epithéliales	: Absence		
Cylindres	: Absence		
Cristaux	: Absence		
Trichomonas VAGINALIS	: Absence		
Levures	: Absence		

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

COLORATION DE GRAM : Absence de germes à l'examen direct

CULTURE BACTERIOLOGIQUE

ISOLEMENT ET IDENTIFICATION : Cultures négatives

NOMBRE DE GERMES/ ml : <1000 (0 - 1000)

CONCLUSIONS

Absence de germes pathogènes

Biologiste adjoint

Biologiste Dr Mireille FAVARD

1 / 1