

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.

N° W21-763655

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 07.564			
Société : A63273			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAOMI KALTOUNI			
Date de naissance : 11/10/1962			
Adresse : Immeuble KARAM N° 132 Bd Mouloud Bousalem			
Bouguiba			
Tél. : 066 74 50 263			
Total des frais engagés : 68.214 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 09/06/2023			
Nom et prénom du malade : Dr. NAOMI KALTOUNI			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : AVC			
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 : Casablanca, le 09 JUIN 2023
Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 09/06/2023



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 Hoporaires
 Dr Hicham Ben Youssef Centre de Biologie Clinique 394, Bd de l'Université 33670 Castelnau-le-Lez 05 22 21 48 99	04/04/23	B64?	68,62,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>													
			<table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000			35533411	11433553	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552															
	D	00000000	00000000															
	B	00000000	00000000															
			35533411	11433553														
		<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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





en Biologique



Le : 04/04/2013

Nom/Prénom: MAOURI KERTOUH Age Sexe : H F

Hematologique

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hemoculture

Bilan maratalil

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hemostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogene
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Lonogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates(HCO3-)
- urée
- créatinine
- Acide urique

Autre :

Hematologique

- Cholésterol total
- Cholésterol HDL
- Cholésterol LDL
- Triglycérides

Fonction hepatique et enzymatique

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases acides
- Phosphatases alcaline
- lactate Déshydrogénase LDH
- transaminases ASAT, ALAT
- Gamme-GT
- 5' Nucleotidase
- CPK (créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP

Lonogramme sanguin

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl+
- Uree
- créatinine

Lonogramme sanguin

- Protéinurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

Hematologique

- ABO
- Rhesus
- RAI

Hematologique

- VDRL-TPHA
- Hépatite B
- Antigène Hbs
- Anticorps Anti-Hbs
- Anticorps Anti-Hbc
- Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
- Anticorps Anti-HVC
- Sérologie toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- B-HCG Plasmatique

Facteur Rhumatoide:

- (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps anti-nucléaires
- Anticorps anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394 Boulevard Zerkouni Résidence Le Casablanca Bourgogne CASABLANCA

Tél : 05 22 27 48 96 / 05 22 47 29 46 – Fax : 05.22.27.49.13 – Mail : labocbc@gmail.com

Reçu

Mme NAOUI Keltoum

Né(e) le : 01-01-1962

Code patient : 17060390

Saisie par : NAD/ 04-04-2023 09:21

Analyses : INR

Retrait le : 04-04-2023 à 17h30

PEC :

Mail :

Tél : 05.22.22.97.43

N° Dossier : 23040349



Montant total : 45.00 DH

Payé : 45.00 DH

Reste : 0.00 DH

Prescripteur : Dr AHMED SETTI

Bila CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

394, Boulevard Zerkouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35404878 – INP : 093001006
CNSS : 6368949 IF : 51786580 – ICE : 002982351000006

FACTURE N° : 230400079

Casablanca le 04-04-2023

Mme NAOUI Keltoum

Date de l'examen : 04-04-2023

Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15
0236	Taux de prothrombine	B40

Total des B : 40

TOTAL DOSSIER : 68.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-huit dirhams soixante centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Biologiste
394, Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

مختبر التحاليل الطبية

Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté
de Pharmacie Paris V

cofrac



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles
sur www.cofrac.fr

Seuls les résultats identifiés
par le symbole [AC] sont couverts
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 04-04-2023

Prélevé le : 04-04-2023 à 09:27

Édité le : 04-04-2023

Mme NAOUI Keltoum

Réf dossier: 23040349

Dr AHMED SETTI
175 RUE BOUKRAA
CASABLANCA

Page N° : 1 / 1

Valeurs références

Antécédentes

HEMOSTASE Echantillon plasma citraté

Sous traitement: [AC]

Sintrom

14-03-2023

Temps de Quick Témoin: [AC]

13.3 sec.

13.3

Temps de Quick Patient: [AC]

34.1 sec.

20.9

Taux de Prothrombine [AC]

28 %

51

INR : [AC]

2.63

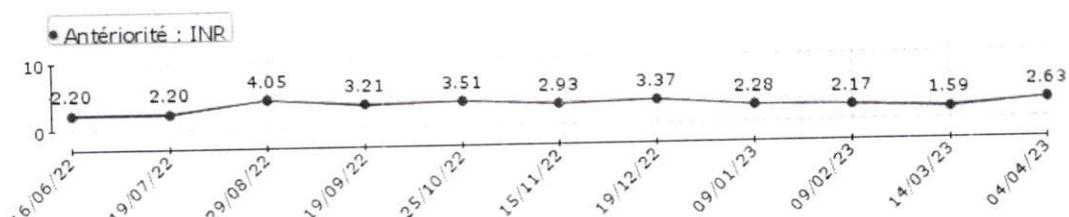
1.59

(Technique chronométrique)

Valeurs souhaitables :

INR : 2 à 3 (INR cible: 2.5)

INR : 2.5 à 4,5 (INR cible:>ou= 3): Prothèse valvulaire mécanique et prévention d'embolie systémique récidivante.



Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerkouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax : 05 22.27.49.13
E-mail : labocbc@gmail.com - Site web : www.laboratoirecbc.com - INP : 093001006 - Patente : 35404878 - C.N.S.S. : 6368949 - IF : 51786580 - ICE : 00298235100006

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA
Dr Hicham OUAZZANI TOUHAMI
Bd. Zerkouni - Casablanca
Tél. 05 22.27.48.96 - Fax 05 22.27.49.13

Dr. Ouazzani