

## 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.



## Déclaration de Maladie

M22- 0035014

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 05095 Société : 168378

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : EL amine SARAYA

Date de naissance : 31-10-1959

Adresse :

Tél : 0668975226

Total des frais engagés : 1500 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/01/23

Nom et prénom du malade : Zoual Ahmed Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 : 14/01/2023

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0035014

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 :

### 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.

**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



# 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
14/04/23		1	1500	

# 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

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

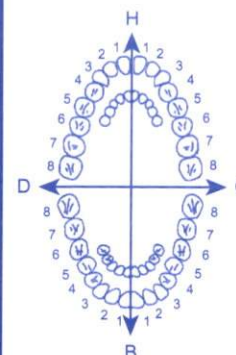
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

# SOINS DENTAIRES

Dents Traitées

Nature des Soins

Coefficient



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

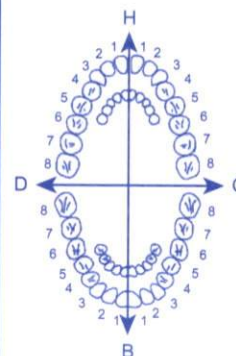
FIN D'EXECUTION

# O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

# DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H	
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D		G
00000000	00000000	
35533411	11433553	
	B	

(Création, remont, adjonction)  
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FS: 42203

ICE: 001648657000046  
IF: 51016077

Casablanca le: 14/04/2023

**FACTURE N° 48488/2023**

Médecin

Nom du patient

**MR ZOULAL AHMED**

Examens

- ECBU

Cotation

**B 100**

Montant

**150,00 DH**

**Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CENT CINQUAN  
DIRHAMS**

LABORATOIRE Dr ENNACIRI  
D'Analyses Médicale  
Bd. Qods Résidence Qods 2  
Ain Chock - Casablanca  
05 22 21 01 12 / 05 22 52 71 51

ORDONNANCE FS: 122 0035016

Le: 14/04/23

Foulat Anne

LABORATOIRE Dr. A. C. C.  
D'Analyse Médicale  
Ed. C. C. C. Résidence  
Ain Chock - Cas 2  
Tél: 0322 41 14 14

Signature

ECB

MAINE OCEAN

MAINE OCEAN



# مختبر د. الناصري للتحليلات الطبية

## LABORATOIRE DR. ENNACIRI D'ANALYSES MÉDICALES

Docteur Mohamed Ennaciri  
Médecin Biologiste  
Spécialiste en

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Parasitologie  
Mycologie - Viologie - Immunologie et Transfusion Sanguine



الدكتور محمد الناصري  
طبيب إحيائي  
اختصاصي في علوم

الكيمياء الإحيائية - الدم - البكتيريا - الطفيليات  
الفطريات الفيروسات - المناعة وعلم تحاقن الدم

006-14D23

Prélèvement du : 14/04/2023

Résultats édités le: 15/04/2023

MR ZOULAL AHMED

Dossier N° 23D74

Page: 1/1

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN DIRECT

Aspect.....	Clair
Couleur.....	Jaunâtre
Culot.....	Quasi-nul
pH.....	6
Albumine.....	Négative
Glucose.....	Négative
Sang.....	Négative
Corps cétoniques.....	Absence

#### CYTOLOGIE

Leucocytes.....	700 /ml	N: Inf à 1000 /ml
Hématies.....	0 /ml	N: Inf à 1000 /ml
Cellules épithéliales.....	Absentes	
Cylindres.....	Absence	
Cristaux.....	Absence	
Trichomonas.....	Absence	
Levures.....	Absence	
Oeufs de parasites.....	Absence	
Autres.....	Absence	

#### RECHERCHE DE GERMES

Examen direct (Bleu-Gram).....	Absence de germes
Numération des germes.....	inf à 100.000 germes/ml
CULTURE sur milieux spécifiques.	Stérile

Total de pages: 1

Dr. ENNACIRI Mohammed  
Médecin Biologiste