

# 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.

**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](http://www.mupras.com)

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

## Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 210 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELYA COLIBI

Date de naissance : 01/01/1940

Adresse : 62, Rue des Salines oasis RASA

Tél. 06 61 28 73 40 Total des mois engagés : 333,2 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

061126306

Date de consultation : 05/10/2023

Nom et prénom du malade : ELYA COLIBI

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Gonorrhée

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

ACCUEIL  
K  
13 NOV 2023  
MUPRAS

## **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
05/06/2013	Actes	6	7200	05/06/2013 D. DELILLE Médecin

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE Dr. Amal TAOUI 120, Bd. My. Dr. Hassan II Tél : 05 22 86 01 07 Tél /Fax : 05 22 86 07	07/10/25	B 230 H/F	335,10

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
G	
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

## Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

	<p><b>DEVIS</b></p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---	---

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Dr SENNOUNE BILAL

Spécialiste

Traumatologie - Orthopédie

○ Diplôme de la faculté de médecine (casablanca)

○ Attestation de formation spécialisée (Paris V)

- Chirurgie du genou, de la hanche, de l'épaule, du rachis...

- Chirurgie arthroscopique

- Chirurgie de la main

- Chirurgie du rhumatisme

- Chirurgie de l'appareil locomoteur

- Expérience médicale

الدكتور السنون بلال

أخصائي

علاج أمراض وجراحة العظام والمفاصيل

○ دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)

○ شهادة التكوين التخصصي (باريس 7)

- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...

- جراحة بالمنظار

- جراحة اليد

- جراحة الجهاز العظمي

- جراحة الروماتيزم

- الخبرة الطبية

Casablanca, le : .....

Mr(Mme) .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

# LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biologiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

**Facture** 19186

CASABLANCA Le : 07/10/2023

Analyses effectuées le: 07/10/2023

Pour.....: **Mr. EL YACOUBI MOHAMED**

Sur prescription du : Dr SENNOUNE BILAL

Code.....: B3350



Organisme.....: **POLYBIO**

## Bilan:

TP=B40 TCK=B40 CBU=B150

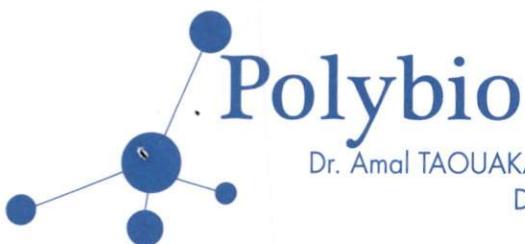
Total : B 230

Montant Net : 333.20 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**TROIS CENT TRENTÉ TROIS Dhs 20 Cts**

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAOUAKALNA  
120, Bd. My. Idriss 1er - Casablanca  
Tél : 05 21 86 01 90  
Tél : 05 22 86 07 84



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر للتحاليل الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAUOUAKALNA.PHARMACIEN BIOLOGISTE.Diplômée de l'Université René Descartes PARIS V  
Diplôme d'Université Assurance de la Qualité en Biologie Médicale

Prélèvement du : 07/10/2023  
Référence : 31007988



Patient : Mr. EL YACOUBI MOHAMED  
Médecin: Dr. SENNOUNE BILAL  
POLYBIO

### HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine .....	100 %	(70 - 100)	
Temps de Céphaline + Activateur			
Témoin .....	30 sec		
Patient.....	31 sec		

### **EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

- ASPECT ..... : Clair
- COULEUR..... : Jaune
- CULOT..... : Faible

### **CHIMIE**

- PH ..... : 6.0
- ALBUMINE..... : Négatif
- GLUCOSE..... : Négatif
- SANG ..... : Négatif

### **1-CYTROLOGIE:**

- LEUCOCYTES ..... : Rares
- Numération leucocytes..... : 3 Elts/mm3 ( 0 - 10 )
- HEMATIES ..... : Rares
- Numération hématies..... : 2 Elts/mm3 ( 0 - 10 )
- Cellules épithéliales..... : Rares
- Cylindres..... : Absence
- Cristaux ..... : Absence
- Trichomonas..... : Absence
- Levures..... : Absence

### **2-RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:**

- Examen direct..... : En cours
- Cultures ..... : En cours

LABORATOIRE POLYBIO  
Dr. Amal TAUOUAKALNA  
120, Bd. M. Idriss 1<sup>er</sup>, Quartier des hôpitaux, Casablanca - Tél. : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - Fax : 05 22 86 07 84  
RC : 247908 - PATENTE : 36350070 - CNSS : 2359976 - T.V.A. : 82.01.24 - IF : 42023870 - ICE : 001613460000056  
Tél : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84  
E-mail : amaltaouakalna@gmail.com