

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 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19-0028121

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 270 Société : R.A.M.
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : ELYA COUBI me
Date de naissance : 01/01/1940
Adresse : 68, rue de Salim Oasir 219A
Tél. 0661 287340 Total des frais engagés : 333,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 05/10/2023
Nom et prénom du malade : ELYA COUBI MABED
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Gonarthrose
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) :

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
05/10/23		2	7200	

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

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

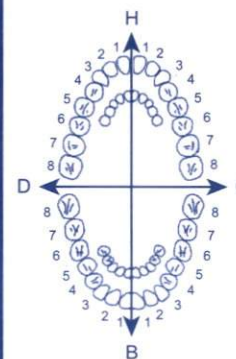
Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

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

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 والمفاصل

- دبلوم التخصص كلية الطب (الدار البيضاء)
- شهادة التكوين التخصصي (باريس V)
- جراحة الركبة الورك الكتف والعمود الفقري...
- جراحة بالمنظار
- جراحة اليد
- جراحة الجهاز العظمي
- جراحة الروماتيزم
- الخبرة الطبية

Casablanca, le 23/06/2023 : الدار البيضاء، في

Mr(Mme) *Abdelmoumen* السيد(ة) *Abdelmoumen*

Dr.Bilal SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPEDISTE
213,Angle Anoual/Abdelmoumen
Rés Anoual Capital Center 1er Etage-Casablanca
Tél: 05 22 23 06 23/06 54 35 78 76

Dr.Bilal SENNOUNE
TRAUMATOLOGUE-ORTHOPEDISTE
213,Angle Anoual/Abdelmoumen
Rés Anoual Capital Center 1er Etage-Casablanca
Tél: 05 22 23 06 23/06 54 35 78 76

Résidence anoual capital center

Angle Bd anoual / abdelmoumen
Porte C (213) 1^{er} étage

Tél: 0522230623

GSM: 0654357876

Mail: orthopedie.sennoune@gmail.com

إقامة أنوال كابيتل سنتر

ملتقى شارع أنوال / عبد المومن

باب س(213) الطابق الأول

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

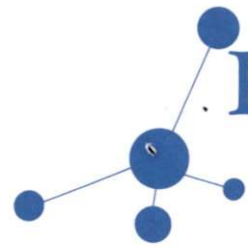
Total : B 230

Montant Net : 333.20 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT TRENTE TROIS Dhs 20 Cts

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



Polybio

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

مختبر التحليلات الطبية بوليبيو

Dr. Amal TAOUKALNA. 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



B3350

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-CYTOLOGIE:

- LEUCOCYTES: Rares
- Numération leucocytes.....: 3
- HEMATIES: Rares
- Numération hématies.....: 2
- Cellules épithéliales.....: Rares
- Cylindres.....: Absence
- Cristaux: Absence
- Trichomonas.....: Absence
- Levures.....: Absence

Elts/mm3 (0 - 10)

Elts/mm3 (0 - 10)

2-RECHERCHE DE GERMES BANALS ET LEVURES:

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

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUKALNA
120, Bd. Moulay Idriss 1^{er}, Quartier des hôpitaux, Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84
Fax : 05 22 86 07 84

120, شارع مولاي إدريس الأول - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 01 90 / 05 22 86 07 84 - فاكس: 05 22 86 07 84 - بريد إلكتروني: 36350070@polybio.ma - رقم التسجيل: 2359976 - رقم الترخيص: 82.01.24

120, bd Moulay Idriss 1^{er}, 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

E-mail : amaltaouakalna@gmail.com