

# 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

## 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 une fois par an.

## 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



## Déclaration de Maladie

W21-834141

199032

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ AL

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530 Société : Lgm  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : MAHANE HASSAN  
Date de naissance : 17/05/1953  
Adresse : 32, RUE DES BRUYERES MARITIME  
Tél. 0661 464647 Total des frais engagés : 22624

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : ...../...../.....

Nom et prénom du malade : ..... Age : .....

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

Nature de la maladie : ..... Pathologie : .....

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC

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  
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 22/01/24

Signature de l'adhérent(e) : .....

PR4FR05/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-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

## 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

30/11/2017  
226,20 M.T.

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien      Date des Soins      Nombre      Montant détaillé des Honoraires

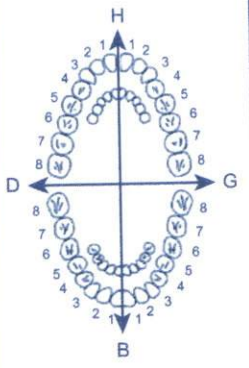
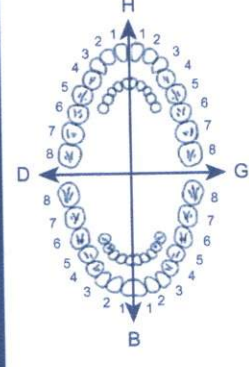
A-M    P-C    I-M    I-V

## 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	COEFFICIENT DES TRAVAUX
					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div>             H              25533412              00000000              D           </div> <div>             21433552              00000000              G              00000000              11433553              B           </div> </div>				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Enregistré le: 30-11-2023 à 09:32  
Edité le: 30-11-2023 à 13:32  
Prescrit par : Dr HALFYA AYOUB

**Mr Hassan MANANE**

Né (e) le : 15-05-1951, âgé (e) de : 72 ans  
Référence : **2311302012**

## **Bactério- Parasito- Mycologie**

### **Examen cytobactériologique des urines**

Recueil	Milieu de jet
Aspect	Légèrement trouble, jaune

### Recherche biochimique (Labstix)

pH	6.0	(6.0-7.5)	6.0
Sucre	Négatif		
Proteines	Traces		
Sang	Positif		
Nitrites	Négatif		

### Examen à l'état frais

Leucocytes	3 / mm <sup>3</sup>	(<10)	2
	3 000 / ml	(<10 000)	2 000
Hématies	66 / mm <sup>3</sup>	(<5)	23
	66 000 / ml	(<5 000)	23 000

Cellules épithéliales	Rares
Cellules vésicales	Absence
Cellules rénales	Absence
Cylindres	Absence
cristaux	Absence
Parasites	Absence

### Examen bactériologique

Coloration de Gram	Absence de germes visibles
Cultures	En cours

Ce dossier a été imprimé en partiel





# مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 15-05-1951, âgé (e) de : 72 ans  
Enregistré le: 30-11-2023 à 09:32  
Edité le: 30-11-2023 à 13:32  
Prélèvement : au labo  
Le : 30-11-2023 à 09:43

**Mr Hassan MANANE**

Référence : 2311302012

Prescrit par : Dr HALFYA AYOUB

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi

## HEMOSTASE

### Taux de prothrombine

(Satellite/ Stago)

			25-09-2021
Temps de Quick patient	16.0 sec.		13.3
TP	76 %	(>70)	100
Ratio patient/ témoin	1.20	(<1.20)	1.00

### Temps de céphaline active

(Satellite/ Stago)

			25-09-2021
TCA patient	29 sec		30
TCA Ratio patient/ témoin	1.00	(<1.20)	1.00

## IMMUNO-HEMATOLOGIE

### Groupe sanguin ABO et Rhesus (1ère détermination)

Groupe sanguin ABO O  
Rhésus (D) Positif

Deux déterminations, chacune réalisée en double, sont nécessaires à la délivrance d'une carte de groupe sanguin définitive.



Casablanca, le 30/11/2023

ORDONNANCE

Nom : MANANE Prénom : HASSAN

- cytologie, culture, Identification
- Groupe ABO Rhésus -
- Temps de céphaline: TCK
- Taux de prothrombine





مختبر التحليلات الطبية الرغراغي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biologiste Diplômé de la faculté

De Médecine et de Pharmacie

de Clermont Ferrand

**FACTURE N° : 2311302012**

Casablanca le 30-11-2023

**Mr Hassan MANANE**

Date de l'examen : 30-11-2023

INPE :



Caisse : **MUPRAS**

Analyses :

Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Cié	Total
FLA		E10	E	10.00 MAD
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E	11.50 MAD
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B	80.10 MAD
0229	Groupe ABO Rhésus	B60	B	53.40 MAD
0239	Temps de céphaline: TCK	B40	B	35.60 MAD
0236	Taux de prothrombine	B40	B	35.60 MAD
Total				<b>226.20 MAD</b>

TOTAL B : 230

TOTAL DOSSIER : 226.2DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent vingt-six dirhams vingt centimes

