

## 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.

#### Diagnostique 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.

#### Educations :

- 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.

#### Prothèses :

- 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

- Déclaration : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Pre en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto:adhesion@mupras.com)

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles.

Siège : 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)



no 31884 209168

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0013508

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7297 Société : RAM  
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre  
Nom & Prénom : OUADI A Date de naissance : 17-03-67  
Adresse : 18 FOREST PARK VILLE VERTE  
Tél. : 0661335681 Total des frais engagés : Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 10/02/2020  
Nom et prénom du malade : EL BASRAOUI HUND Age : 1981  
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : algie p/Vienne  
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 : CASA

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
10/02/20	CS		250	
	+ FCV		150	
			<u>400</u>	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	11/02/2020	P222	2500

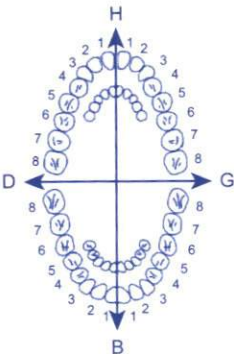
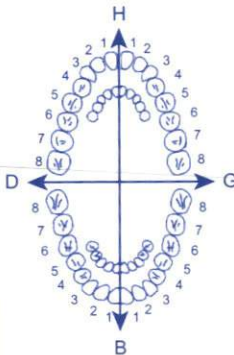
[illegible]

# RELEVÉ 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'O

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>														
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>														
<b>O.D.F</b> <b>PROTHESES DENTAIRES</b>	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

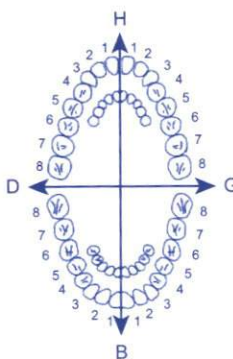
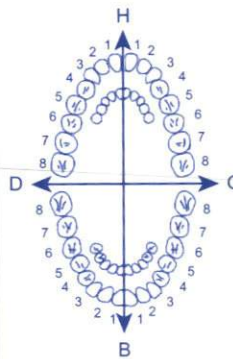
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'E

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 caninaires, ainsi que le bilan de l'O

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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div><div>H</div><div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div><div>D0000000000000000G</div><div>3553341111433553</div><div>B</div></div></div>			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'É

Docteur Leïla YAMINE

Spécialiste

- Gynécologie - Obstétrique
- Stérilité du couple
- Echographie et Sénologie
- Colposcopie et Coeliocirurgie
- Mécanique et Techniques Obstétricales

Ancienne Assistante Spécialiste des Hôpitaux de France

الدكتورة ليلى يمين

اختصاصية

- الولادة
- أمراض النساء
- العقم
- أمراض الثدي

خريجة جامعة تور بفرنسا

Casablanca, le 17/09/20 ..... في الدار البيضاء.

14 Fontaine  
Bucc Planchettes

LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARINA

679, boulevard Al Qods 20460 - Casablanca

Tél.: 0522 52 83 88 - Fax.: 0522 21 92 41

Dr. YAMINE Leïla  
Gynécologue  
74, Angle Boulevard de Fès et Boulevard 2 Mars  
Casablanca - Tél.: 05 22 50 79 15 - Fax: 05 22 21 46 06



# LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI

Anatomie Pathologique - Cytopathologie  
Examens Extemporanes - Immunomarquage



Dr. Ali LEMSEFFER

Casablanca, le 11/02/2020

## NOTE D'HONORAIRES

Facture N° : 20/466

M<sup>me</sup> - M<sup>r</sup> EL BASRAOUI Hani

Veuillez trouver la note d'honoraire concernant les analyses médicales  
d'examens Histo-Cytopathologiques faits au laboratoire et demandées  
par Dr. Y. Amine Réf. Anapath. 203468

Le montant s'élève à 250,00 Dh.

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux cent cinquante ghs

LABORATOIRE MOSTAFA EL MAANI  
ANATOMIE PATHOLOGIQUE  
Dr. LEMSEFFER Ali  
227, Rue Mostafa El Maani  
Tél: 05 22 20 21 33 - Casablanca

227, Rue Mostafa El Maâni - 20130 Casablanca -

Tél. : 05.22.20.21.33/91 Fax : 05.22.20.21.91 Patente N° : 34301344 I.F. 41901344

ICE : 001676430000082

E-mail : laboratoiremaani@gmail.com





مختبر منظرنا للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE MANDARONA  
D'ANALYSES MEDICALES

Dr Yahya BENGHALEM

Pharmacien Biologiste  
Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

Dr Abderrahmane BOUMZEBRA

Pharmacien Biologiste  
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Casablanca le 17 février 2020

Madame EL BASRAOUI HIND

FACTURE N°		117970	
Analyses :			
Bhcg plasmatique quantitatif -----	B	250	Total : B 250
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			360,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams

LABORATOIRE MANDARONA  
679, Bd EL Qods 20460 Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82  
Fax : 0522 21 92 41

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117940000 2121000 01111117



# مختبر منظرنا للتحاليل الطبية

## LABORATOIRE MANDARONA

### D'ANALYSES MEDICALES

**Dr Yahya BENGHALEM**

Pharmacien Biologiste  
Lauréat de la faculté de Pharmacie de  
Montpellier

**Dr Abderrahmane BOUMZEBRA**

Pharmacien Biologiste  
Diplômé des facultés de Médecine et de Pharmacie de  
Toulouse et Montpellier

Biochimie - Hématologie - Hormonologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Toxicologie

Dossier ouvert le : 17/02/20

Prélèvement effectué à 12:41

Edition du : 17/02/20

**Madame EL BASRAOUI HIND**

Docteur LEILA YAMINE

Réf. : 20B1113

## Compte Rendu d'Analyses

### HORMONOLOGIE

Normales

Antériorités

Date des dernières règles ----- : /

BETA HCG PLASMATIQUE ----- : 0,15 mUI/ml  
( Tech.Chimiluminescence Roche)

#### TAUX MOYENS SERIQUES

Evolution durant la grossesse mUI/ml

1 ère semaine	:	5	-	50
2 ème semaine	:	40	-	1 000
3 ème semaine	:	100	-	5 000
4 ème semaine	:	600	-	10 000
5-6 ème semaine	:	1 500	-	100 000
7-8 ème semaine	:	16 000	-	200 000
2 - 3 ème mois	:	12 000	-	300 000
2 ème trimestre	:	24 000	-	55 000
3 ème trimestre	:	6 000	-	48 000

LABORATOIRE ANALYSES  
MEDICALES MANDARONA  
679, Bd EL Qods - Casablanca  
Tél : 0522 52 83 88 - Fax : 0522 87 22 82

679, Bd El Qods 20460 Ain Chock - Casablanca - Tél. : 0522 52 83 88 / 0522 87 22 82

Fax : 0522 21 92 41 - E-mail : labo\_mandarona@yahoo.fr

CNSS : 8521090 - IF : 40213596 - Patente : 37980291 - ICE : 001634915000055 - IPN : 093060663

BMCE AL QODS : 0117040000 2121000 0144247