

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

- Reclamation : 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° W19-423359/1183

49987

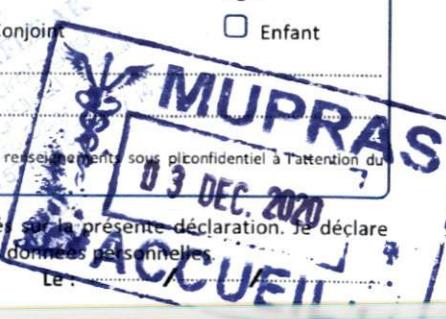
| | | | |
|---|---|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 1183 | Société : | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : HABACHI Mohamed | | | |
| Date de naissance : 01-01-1948 | | | |
| Adresse : 100 Rue Brahim Nahai, Maroc / Extension Casablanca | | | |
| Tél. : 0661133679 | Total des frais engagés : 700,20 Dhs | | |

| | | | |
|---|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| Professeur HABACHI Chirurgien dentiste مهندس طب الأسنان 43 Av. 2 Mars Casablanca Tel: 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58 | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| 04/09/2020 HABACHI Mohamed | | | |
| Date de consultation : 04/09/2020 | | | |
| Nom et prénom du malade : HABACHI Mohamed | | | |
| Age : 76 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant Nature de la maladie : TUBA | | | |
| 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 : **Oran**

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES | | | | |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|---------------------------------|--|
| Dates des Actes | Natures des Actes | Nom et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
| 06/09/2020 | C3 | | 3000 Fcs | INP : 091087614 MESSUR A FIXER Signature officielle DINARD 2020 |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particien | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

VOLET ADHERENT

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

| | |
|----------|----------|
| | H |
| 25533412 | 21433552 |
| 00000000 | 00000000 |
| D | |
| 00000000 | 00000000 |
| 35533411 | 11433553 |

(Création, remont, adjonction)

A dental arch diagram showing a series of numbered teeth from 1 to 7 on both the upper and lower arches. A vertical arrow points downwards from the center of the arches.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مَدِينَةُ الْمَرْسِ
الْمَسَالِكُ الْبُولِيَّةُ 2 مَارْسِ

Docteur Hamid Fekak

Membre de l'European Association of Urology et de la Société Internationale d'Urologie

- Chirurgie et endoscopie des reins et des voies uro-génitales, Laser Prostate
- Cancerologie Uro-génitale
- Stéatique Pelvienne et incontinence urinaire
- Infertilité masculine et impuissance sexuelle
- Lithotripsie et laser des Calculs urinaires
- Circoncision
- Echographie et explorations Urodynamiques

الدكتور حميد فكاك

عضو الجمعية الأوروبية
والعربية لجراحة الكلى
والمسالك البولية

- المراحة والفحص بالمنظار للمسالك البولية والتناسلية
- الخصائص المدارية للكلبي والمتانة والبروستاتا
- السلس البولي
- العقم والغير التنسلي
- الخثار
- تقويم بظواهر احالة لفحص الكلى والمسالك البولية
- الفحص بالمنظار

ICE 00221339000050

43, Avenue 2 mars,
1^{er} étage, N°1
Casablanca - 20490
Tél. : 05 22 47 14 57
Fax : 05 22 47 14 58
Gsm : 06 65 405 901
hafekak@yahoo.fr

Professeur Hamid Fekak

دُوَّرْ حَمِيدْ فَكَّاك

Chirurgie des reins et des voies uro-génitales
Ex. enseignant à la faculté de médecine
جامعة الكلية والمسالك البولية

Casablanca le 04/09/2020

Fekak

الدكتور حميد فكاك

-génitales
le Casablanca
أستاذ ج

Mr HABACHI Mohamed

- ECBU

- Culy

- Hafekak

Dr H.FEKAK
Chirurgien Urologue
جراحة المسالك البولية
43 Av. 2 Mars Casablanca
Tél. 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 57

Laboratoire d'Anatomie
de la Clinique Internationale
الطبقي للطب والجراحة
Tél. 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58
ICE: 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 58
INPEC: 0330 01 196

Professeur H.FEKAK
جامعة الكلية والمسالك البولية
جامعة الكلية والمسالك البولية
43 Av. 2 Mars Casablanca
Tél. 0522 47 14 57 Fax: 0522 47 14 57

Récapitulatif des analyses

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél: 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax: 05 22 99 09 11

ICE : 001748386000083

Patente : 35870583

IF : 01006693

CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie

RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 0936 11196

Total de B : 280

Casablanca le : 26-11-2020

Mr. Mohamed HABACHI

FACTURE N°

2011261034

Récapitulatif des analyses

| CN | Analyse | Val | Clefs |
|------|--|------|-------|
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 | B |
| PS | Prélèvement sang | E25 | E |
| 9105 | FORFAIT DE SECURITE POUR ECHANTILLON SANGUIN | E0 | E |
| | Examen cytobactériologique des urines | B150 | B |
| 0118 | Glycémie | B30 | B |

Total de B : 280

| | |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 400.20 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams vingt centimes

Laboratoire d'Analyses
117, Bd Bir Anzarane 20 100
ICE : 001748386000083
INPE : 0936 11196



Prescripteur : Dr HAMID FEKAK

Réf : 2011261034

Dossier ouvert le : 26-11-2020 09:16

Edité le : 28-11-2020

Mr. HABACHI Mohamed

Page 1 / 2

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

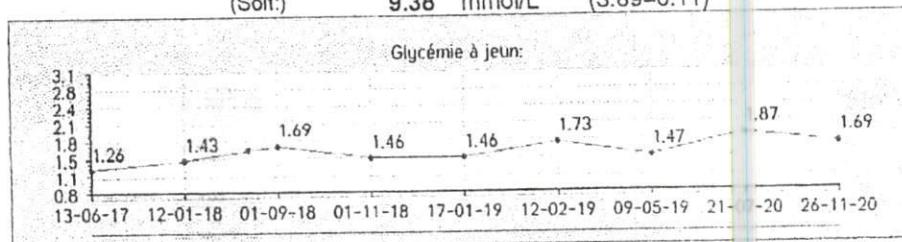
BIOCHIMIE SANGUINE

Roche Cobas 6000

21-07-2020

1.87

Glycémie à jeun: 1.69 g/L (0.70-1.10)
(Soit:) 9.38 mmol/L (3.89-6.11)

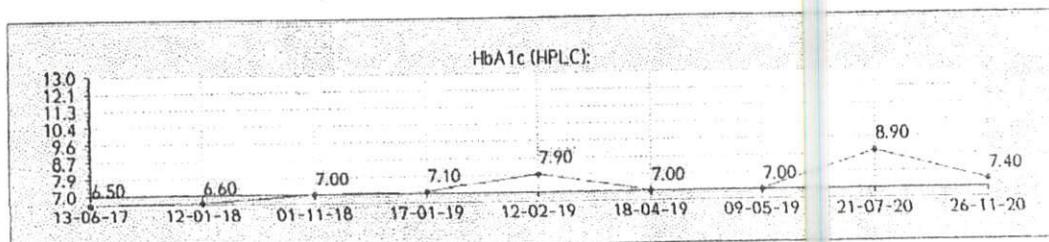


21-07-2020

8.9

HbA1c (HPLC): 7.4 % (4.0-6.5)
(Arkay)
soit: 57 mmol/mol (20-48)

74



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : Clair.

Dr A. AZEDDOUG
Laboratoire Bir Anzarane
Casablanca

Dr A. Azeddoug

Médecin biologiste

01

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2920/3

01



BIOCHIMIE PAR BANDELETTE

11-04-2018

pH: 5.5
Glucose: Absence.
Proteines: Absence.
Corps Cétoniques: Absence.
Sang: Absence.

6.0

EXAMEN MICROSCOPIQUE

| | | | |
|-------------------------|-----------------------|--------|--------|
| Leucocytes : | <10 / mm ³ | (0-10) | 80 |
| Hématies : | <5 / mm ³ | (0-5) | >1 000 |
| Cellules épithéliales : | Absence. | | |
| Cylindres : | Absence. | | |
| cristaux: | Absence. | | |

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : Absence de germes
Culture : Négative.

Fin du compte rendu

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
Casablanca

Dr A. AZEDDOUG

Biologistes Responsables :
- Dr. A. AZEDDOUG
- Dr. N. BAAJ

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°202035901

Médecin biologiste
Dr A. AZEDDOUG

Dossier Validé par :