

# **RÉCOMMANDATIONS 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise 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 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)**



16154

## **Déclaration de Maladie : N° P19- 0023445**

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

### **Cadre réservé à l'adhérent (e)**

Matricule : 793 Société : RAM

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CAID RASSOU Date de naissance : 1940

Adresse : CASA

Tél. : 0644696003 Total des frais engagés : ..... Dhs

### **Cadre réservé au Médecin**

Cachet du médecin :

Date de consultation : 11/11/19

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

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

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute

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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
<b>PHARMACIE MOUMEN LEMSEFFER Mahfoud</b> Rue 31 N° 47 - 51, Derb Foukara Casablanca - Tél: 05 22 82 69 00 092044031	04.12.14	<b>PHARMACIE MOUMEN LEMSEFFER Mahfoud</b> Rue 31 N° 47 - 51, Derb Foukara Casablanca - Tél: 05 22 82 69 00 092044031

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>Laboratoire AL HASSID D'ANALYSES MÉDICALES</b> 18 DEC 2014 Dr. TANINE HASNA	01/12/14	7 16 B880	120,00 1199,21

# AUXILIAIRES MÉDICAUX

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 :

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														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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



ROYAUME DU MAROC  
 MINISTRE DE LA SANTE  
 PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
 EL FIDA MERS SULTAN  
 CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
 EL FIDA MERS SULTAN  
 HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
 CASABLANCA

المملكة المغربية  
 وزارة الصحة  
 المركز الاستشفائي المحلي  
 القمام مرس السلطان  
 مستشفى محمد باوافي  
 القمام المرس

04/12/19

CASABLANCA LE : القمام المرس

ORDONNANCE

وصفة

7<sup>r</sup> Ceydresso Ham

79,70  
 PPV 790H70  
 PER 07/22  
 LOT 11843



79,70

1) Azix cp

1 cp / J 3 J

79,00

2) A fixol sup.

1 cs x 2 / J not

Lot:  
 À consommer  
 avant le:  
 PPC: 79,00 DH

158,70

PHARMACIE MOUMEN  
 -ENSEPTE Mah Fouad  
 Rue 31 Mars - 51 Derb Foukare  
 Casablanca - tel 05 22 82 69 00

192044037

DR. S. Elah

AVENUE 2 MARS TEL 0522-28-71-07 / 0522 28-75-71 شارع 2 مارس





ROYAUME DU MAROC  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الاستشفائي لصفة  
اللقاح مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافي  
للحار البيضاء

CASABLANCA LE : 11/12/19

ORDONNANCE وصفة

Dr. Card Ranson Hassen



- T.P
- Bilmbine L/C
- GGT - IAL
- ~~glycémie~~
- serologie Hepato C
- Ag Hbs - Anti Hbc

Dr. El Fida



**Dr. Hasnaa TANINE**  
**Médecin biologiste**  
Prélèvement à domicile

INPE laboratoire : 093061364  
INPE DR H, Tanine : 097163695

Casablanca le 18 décembre 2019

Monsieur CAID RASSOU HOUSSINE

MUT

FACTURE N° 2157

**Analyses :**

Taux de Prothrombine (TP) -----	B	40	
Bilirubines Totale, libre et conjuguée -----	B	70	
Gamma -G.T. -----	B	50	
Phosphatases alcalines -----	B	50	
Antigène HBs -----	B	120	
Ac Anti HBc total -----	B	250	
Ac Anti HCV (IgG) -----	B	300	Total : B 880

**Prélèvements :**

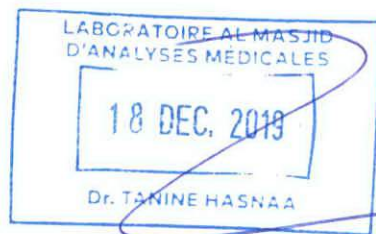
Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

**TOTAL DOSSIER**

**1 199,21 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Mille Cent Quatre vingt Dix Neuf Dirhams et Vingt et Un Centimes





ROYAUME DU MAROC  
MINISTERE DE LA SANTE  
PREFECTURE DES ARRONDISSEMENTS  
EL FIDA MERS SULTAN  
CENTRE HOSPITAIER PREFECTORAL  
EL FIDA MERS SULTAN  
HOPITAL MOHAMED BAOUAFI  
CASABLANCA



المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي لعمالة  
الفداء مرس السلطان  
مستشفى محمد بوافي  
الدار البيضاء

**BON D'EXAMEN**

Mr/Mme : *Houssine Card Rabbou*

SERVICE :

N° D'ENTREE :

N° D'EXAMEN :

RENSEIGNEMENT CLINIQUE :

EXAMEN DEMANDE

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

*[Handwritten signature]*

Dr. ELHAYYA YOUSSEF  
Specialiste en Médecine  
de Sport  
Médecin Urgentiste  
Hôpital BAOUAFI - Casablanca

MEDECIN DEMANDEUR

SIGNATURE DU RESPONSABLE

ROYAUME DU MAROC

Ministère de la Santé

Hôpital Lt. Mohamed Baouafi - Casablanca

Reçu de M. *Houane*

La Somme de

Quittance

N° 083066/A

NATURE DE LA RECETTE	Ex.	SOMME
<i>7</i>	<i>15</i>	
<i>16</i> Total		<i>1200</i>

Cachet du

Servise

Caisse N°1

Le

Signature du

Régisseur

*11/12/19*  
20





**Dr. Hasnaa TANINE**  
**Médecin biologiste**  
Prélèvement à domicile

Dossier ouvert le : 18/12/19

**Monsieur CAID RASSOU HOUSSINE**

Edition du : 18/12/19

Réf. : 19L280

Page : 1/2

Compte Rendud'Analyses

**HEMOSTASE**

Temps de Quick

technique chronometrique sur star 4

Normales

Antériorités

Temps du témoin ----- 13,7 sec  
Temps du patient ----- 15,00 sec  
Taux de Prothrombine ----- 69,6 \* %  
I.N.R. ----- 1,31

70 - 100

**BIOCHIMIE**

Bilirubine Totale ----- 11,05 \* mg/l  
Soit : 19 µmol/l

< 10

< 17

- Sang du cordon : 8 - 25 mg/L
- Nné de 12 H : < 60 mg/L
- Nné de 24 H : < 84 mg/L
- Nné de 48 H : < 114 mg/L
- De 3 à 5 jours : < 150 mg/L
- 1er semaine : 25 - 120 mg/L

Bilirubine Indirecte (Libre) ----- 10,20 \* mg/l  
Soit : 17 µmol/l

< 10

< 17

Bilirubine Directe (Conjuguée) ----- 0,85 mg/l  
Soit : 1 µmol/l

< 3

< 5

Gamma G.T. ----- 170 \* UI/l

Variations physiologiques :

- Prise de médicaments (+20 à 100 %)
- Anticonvulsivants (+20 à 300 %)
- Anticancéreux (+150 %)
- Antidépresseurs (+ 100 %)
- Contraceptifs oraux (+ 25 %)

Phosphatases Alcalines ----- 195 UI/l

64 - 306



16/05/18

122





**Dr. Hasnaa TANINE**  
**Médecin biologiste**  
Prélèvement à domicile

Dossier ouvert le : 18/12/19

**Monsieur CAID RASSOU HOUSSINE**

Edition du : 18/12/19

Réf. : 19L280

Page : 2/2

Compte Rendu'Analyses

**HEPATITE B**

ANTIGENE HBS----- : Négatif.  
(Technique E.L.F.A.)  
Index : 0,01

INTERPRETATION:

index < 0,13 : Négatif  
index > ou = 0,13 : Positif

**IMMUNO / SEROLOGIE**

ANTICORPS ANTI HBC totaux ( IgG+IgM ) ----- En cours  
(E.L.F.A.)  
Index :

INTERPRETATION:

index < 1 : Positif  
index > 1 : Négatif

ANTICORPS ANTI HVC (IgG) ----- : Négatif.  
(Technique : ELFA Biomérieux )  
Index : 0,18

INTERPRETATION:

index < 1 : Négatif  
index > 1 : Positif

*SI RESULTAT POSITIF, CONFIRMER PAR LA RECHERCHE DE L'ARN VIRAL PAR PCR.*

