

## RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

### ditions 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.

### rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

### biologie 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.

### ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

### éducation :

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.

### ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

### 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 caractéristiques personnelles.

**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)



54733

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0024821

☒ Maladie *4113* ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : *EL HAZMI* Société : *RAM / Retraite*

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Adresse :

Adresse :

Tél. : *06 42 46 44 14* Total des frais engagés : *6000 + 1650 DH* Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : *11 08 2021*

Nom et prénom du malade : *KOURAME ROKA* Age : *18 ans*

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

Nature de la maladie :

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
27.12.20	CS		650	

# 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
	27/12/2020	B 1237	1650,0005

# AUXILIAIRES MEDICAUX

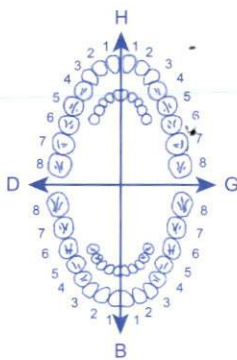
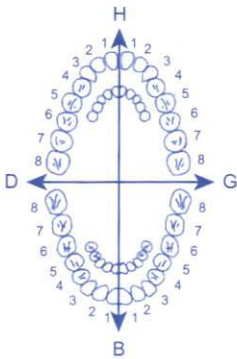
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan d

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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H  25533412  00000000  D  00000000  35533411 </div> <div style="text-align: center;"> H  21433552  00000000  G  00000000  11433553  B </div> </div> <p><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



Hôpital sans Tabac  
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## BILLET D'EXAMEN

Date : 27/12/16

Prénoms et Nom du Malade :


Rokya Kauram

Service :

SVE

N° d'Admission :

\_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
 <p>Serology as</p>	<p>Ac Anti HVC</p> <p>- Ag HBS - Ac Anti Hbs - Ac Anti Hbs</p> <p>- Ac vi # 1 - 2</p> <p>- TP + A - VDRL</p>

Le Médecin Traitant:

Tél. : 05 22 48 20 20 / 05 22 48 30 30

Fax : 05 22 29 94 83



# LABORATOIRE MORIZGO

## D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIQUES

Adresse: 46 Bis, Rue des Hôpitaux - Porte principale CHU IBN ROCHD Casablanca  
Tél. : 05 22 48 43 43 - 05 22 48 43 44 - Fax : 05 22 48 43 42  
Email : laboratoiremorizgo@gmail.com

Patente : 36339517 ICE: 002003308000018 INPE: 097164487  
IF: 25012189

Dr. Nouredine RACHID  
Directeur du laboratoire  
Diplômé de l'Université de Médecine et de Pharmacie de Rabat



Casablanca, le : 27/12/2020

**Facture N° : 200010980**

**Nom et Prénom : Milé Rokaya KOURAME**

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PC	Prélèvement sang adulte	B17	B
0317	Hépatite B: AgHbs	B120	B
0318	Hépatite B : Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B: Ac anti Hbc	B250	B
0324	Hépatite C : Dépistage	B300	B
	Sérologie HIV (1+2)	B200	B
	Sérologie Syphilis TPHA	B50	B
	Sérologie Syphilis (VDRL)	B50	B

**Total des B : 1237**

Montant total de la facture : 1650.00Dhs

**Arrêtée la présente facture à la somme de : mille six cent cinquante dirhams .**





**Ministère de la Santé**  
**C.H.U Ibn Rochd - Casablanca**

## Quittance Hôpital Ibn Rochd

Formation : Rajya Karm No 500

Reçu de M : .....

La somme de : 522 201

**Nº 509100**

le 27.12.20

Signature du  
Régisseur et Cachet

NATURE DE LA RECETTE	SOMME
DS	
Total	60,-





# LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

201227-0067 - Mlle Rokaya KOURAME

*Dr. Rachid Noureddine*  
BIOLOGISTE

## SEROLOGIE DE LA SYPHILIS

### TPHA

(Hemagglutination RANDOX)

Négatif

### V.D.R.L. Charbon

(Agglutination sur charbon sensibilisé)

Négatif

### Conclusion

Sérologie syphilitique négative.

Ce dossier a été imprimé en partiel

Validé par : Dr. Noureddine RACHID





**Date du prélèvement** : 27/12/2020 à 18:47

**Code patient** : 201227-0067

**Né(e) le** : 28/05/2002 (18 ans)



**Mlle Rokaya KOURAME**

Dossier N° : 201227-0067

Prescripteur : CHU IBN ROCHD

## SEROLOGIE INFECTIEUSE

### SEROLOGIE HIV 1 et 2

**Résultat :**

(Technique Elisa)

Sérologie Négative

### SEROLOGIE DE HEPATITE B

**Antigène HBs (Ultra-sensible)**

(Technique ECLIA - Cobas Roche Diagnostics)

Sérologie Négative

**Anticorps anti-HBs**

(Technique Immuno-fluorescence ELFA,  
Biomérieux VIDAS)

<5 mUI/ml

(Interprétation : Négatif: 10 mUI/ml).

Equivoque:  $8 < \text{Titre} < 12$ .

Positif:  $\text{Titre} > 12$  mUI/ml.

**Anticorps anti-HBc totaux**

**Index :**

En cours

En cours

**Interprétation :**

- Index  $>$  ou  $=$  à 1 : positif

- Index  $<$  0.9 : négatif

-  $0.9 < \text{Index} < 1$  : Equivoque

### SEROLOGIE DE HEPATITE C

**Anticorps anti-HCV**

(Technique ELISA "3ème génération")

Sérologie Négative





# LABORATOIRE MORIZGO

D'Analyses Médicales

Dr. Rachid Noureddin  
BIOLOGISTE

Date du prélèvement : 27/12/2020 à 18:47  
Code patient : 201227-0067  
Né(e) le : 28/05/2002 (18 ans)

Mlle Rokaya KOURAME  
Dossier N° : 201227-0067  
Prescripteur : CHU IBN ROCHD



## SEROLOGIE INFECTIEUSE

### SEROLOGIE HIV 1 et 2

Résultat :

(Technique Elisa)

Sérologie Négative

### SEROLOGIE DE HEPATITE B

Antigène HBs (Ultra-sensible)

(Technique ECLIA - Cobas Roche Diagnostics)

Sérologie Négative

Anticorps anti-HBs

(Technique Immuno-fluorescence ELFA ,  
Biomérieux VIDAS)

(Interprétation : Négatif: 10 mUI/ml).

Equivoque:  $8 < \text{Titre} < 12$ .

Positif:  $\text{Titre} > 12$  mUI/ml.

<5 mUI/ml

Anticorps anti-HBc totaux

(Technique chimiluminescence)

Sérologie Négative

Index :

0,220

#### Interprétation :

- Index  $>$  ou  $=$  à 1 : positif

- Index  $<$  0.9 : négatif

-  $0.9 < \text{Index} < 1$  : Equivoque

### SEROLOGIE DE HEPATITE C

Anticorps anti-HCV

(Technique ELISA "3ème génération")

Sérologie Négative





**SEROLOGIE DE LA SYPHILIS**

**TPHA**

(Hemagglutination RANDOX)

Négatif

**V.D.R.L. Charbon**

(Agglutination sur charbon sensibilisé)

Négatif

**Conclusion**

Sérologie syphilitique négative.

Validé par : Dr. Noureddine RACHID