

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTRIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

nditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

diologie 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.

tique :

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 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

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2867

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

Jamal El Rosta

Date de naissance :

01/01/1943

Adresse :

Hy Ellye Rachid 3mm 2. N°38B

Tél. :

0522 20 82 18

Total des frais engagés :

120,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

08/03/2021

Nom et prénom du malade :

MESLIL Miloud

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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.

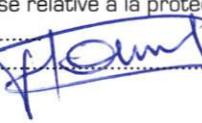
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Casab

Le : 10/03/2021

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE 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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 08/03/21 | | 21 | Q |  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|--------|-----------------------|
|  | 8/3/21 | 120,40 |
| | | |
| | | |
| | | |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------|------------------------------|------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

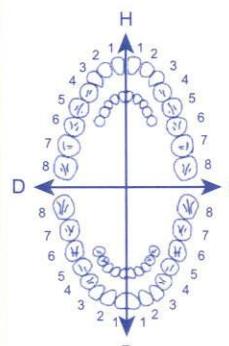
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
| | | AM | PC | IM | IV | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|---|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| | | | | Coefficient des Travaux |
| | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXEC

Dr Mohammed GOURINDA



Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif
Ancien Attaché au Service - Gastroenterologie
- CHU IBN ROCHD -

(Foie, Estomac, Vésicule Biliaire, Intestins)
Proctologie Médicale et Chirurgicale
(Hémorroïdes, Fissures, Fistules Anales)
Fibroscopie - Colonoscopie
Echographie Abdominale
(Ballon intragastrique pour le traitement
non - Chirurgicale de l'Obésité)

الدكتور محمد كوريندا

إختصاصي في أمراض الجهاز الهضمي
إختصاصي سابق بالمستشفى المركزي الجامعي
- ابن رشد -
(التهاب الكبد الفيروسي، المعدة، المرارة، الأمعاء)
أمراض المخرج وجراحة البواسير
الفحص بالمنظار الداخلي
الفحص بالصدى
علاج السمنة بالمنظار الداخلي

Casablanca, le

08/03/21

الدار البيضا، في

Dr

MESLIC Milinde

PPU: 120,40 DH
LOT: 644300
PER: 11/21

120,40

7/1

Clavulin

1f sol

للماء



1 sachet x 3 g

x 6 g

Dr. GOURINDA MOHAMMED
Spécialiste Des Maladies
de l'Appareil Digestif
N° 50 Bloc 42, Hay El Wifak Sidi Bernoussi
Casablanca - Tel: 0522 75 60 99

توقيت العمل : من الإثنين إلى الخميس من الساعة 9 صباحا إلى 16:30 زوالا
يوم الجمعة من الساعة 9 صباحا إلى 12:30 ومن الساعة 15:00 إلى 19:00 مساءا
يوم السبت من الساعة 9 صباحا إلى الساعة 13:00 زوالا

بلوك 42 - رقم 50 - شارع أحمد العبدلي (قرب سينما السلام سابقا) سيدى البرنوصي - الدار البيضاء
المحمول : 0522 75 60 99 - GSM : 0672 22 64 97 - الهاتف :



مختبر بورنازيل للتحاليل الطبية

LABORATOIRE BOURNAZEL D'ANALYSE MEDICALES

HÉMATOLOGIE - BIOCHIMIE - SÉROLOGIE - HORMONOLOGIE - BACTERIOLOGIE - MYCOLOGIE - PARASITOLOGIE

Dr. Abdel-Ilah MOUNTASSIR

Médecin Biologiste

*Diplômé de la faculté de médecine de Rabat et du CHU Ibn Sina

الدكتور عبد الله منتصر

طبيب أخصائي في التحاليل الطبية

* خريج كلية الطب بالرباط والمستشفى الجامعي ابن سينا

Prélèvement du : 04/03/2021 à 08:48

Résultats édités le: 08/03/2021



MME MESLIL MILOUDA

Dossier N° 21C58

Prescripteur: Docteur GOURINDA MOHAMMED

Page: 1/2

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN DIRECT

| | | | |
|-----------------------|--------------------|--|--|
| Aspect..... | Légèrement trouble | | |
| Couleur..... | Jaunatre | | |
| Culot..... | Moyen | | |
| pH..... | 6,0 | | |
| Albumine..... | Négative | | |
| Glucose..... | Négative | | |
| Sang..... | Néant | | |
| Corps cétoniques..... | Néant | | |

CYTOLOGIE

| | | | | |
|----------------------------|----------|------------------|-----|---------------------------|
| Leucocytes..... | 62 | /mm ³ | (*) | Inf à 10 /mm ³ |
| Hématies..... | 5 | /mm ³ | | Inf à 10 /mm ³ |
| Cellules épithéliales..... | Quelques | | | |
| Cylindres..... | Absence | | | |
| Cristaux..... | Absence | | | |
| Trichomonas..... | Néant | | | |
| Levures..... | Néant | | | |

CULTURE

| | |
|----------------------------------|-------------------------|
| Numération des germes..... | sup à 100.000 germes/ml |
| Culture sur milieux spécifiques. | POSITIVE |

Identification du germe..... ENTEROBACTER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BOURNAZEL
Docteur Abdel-Ilah MOUNTASSIR
Bloc 5, N° 7 Av. des Forces Auxiliaires
Moulay Rachid - Casablanca
Tél. 05 22 02 65 80 - INP : 097158463

📍 : N°7 Bloc 5 Avenue des Forces Auxiliaires Bournazel (en face Clinique AL AMAL) - Casablanca 📞 : 05 22 02 65 80

📍 : رقم 7 بلوت 5 شارع القوات المساعدة - حي الصدرى - بورنازيل (أمام مصحة الأمل) الدار البيضاء

✉ : labobournazel@gmail.com - ICE : 0023403122000073 - Patente N° : 730443 - IF : 42746944



مختبر بورنازيل للتحاليل الطبية

LABORATOIRE BOURNAZEL D'ANALYSE MEDICALES

HEMATOLOGIE - BIOCHIMIE - SEROLOGIE - HORMONOLOGIE - BACTERIOLOGIE - MYCOLOGIE - PARASITOLOGIE

Dr. Abdel-ilah MOUNTASSIR

Médecin Biologiste

Diplômé de la faculté de médecine de Rabat et du CHU Ibn Sina

Prélèvement du : 04/03/2021 à 08:48

Résultats édités le: 08/03/2021



Prescripteur: Docteur GOURINDA MOHAMMED

الدكتور عبد الإله منتصر

طبيب أخصائي في التحاليل الطبية

• خريج كلية الطب بالرباط والمستشفى الجامعي ابن سينا

MME MESLIL MILOUDA

Dossier N° 21C58

Page: 2/2

ANTIBIOPGRAMME

| | |
|---------------------------------------|--------------|
| Antibiogramme pour..... | ECBU |
| Identification du germe..... | ENTEROBACTER |
| PENICILLINE | |
| AMOXICILLINE (Aximycine)..... | Résistant |
| AMOX+AC-CLAVULANIQUE (Augmentin)..... | Sensible |
| IMIPENEME (Tienam)..... | Sensible |
| CEPHALOSPORINES | |
| CEFIXIME (Oroken)..... | Sensible |
| CEFOTAXIME (Claforan)..... | Sensible |
| CEFTAZIDIME (Fortum)..... | Sensible |
| CEFALOTINE (Keflin)..... | Sensible |
| AMINOSIDES | |
| GENTAMICINE (Gentalli)..... | Sensible |
| TOBRAMYCINE (Nebcine)..... | Sensible |
| QUINOLONES | |
| CIPROFLOXACINE (Ciproxine)..... | Résistant |
| NORFLOXACINE (Noroxine)..... | Résistant |
| SULFAMIDES | |
| T.S.M (Bactrim, Cotrim)..... | Résistant |
| DIVERS | |
| COLISTINE (Colimycine)..... | Sensible |
| NITROXOLLINE (Nibiol)..... | Sensible |
| FOSFOMYCINE (FOSFOCINE)..... | Sensible |
| THIAMPHENICOL (Thiobactin)..... | Sensible |
| TETRACYCLINE (Hosta)..... | Résistant |

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BOURNAZEL
Docteur Abdel-ilah MOUNTASSIR
Bloc 5, N° 7 Av. des Forces Auxiliaires -
Moulay Rachid - Casablanca
Tél: 05 22 02 65 80 - INP : 097158463

Total de pages: 2