

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-601445

72409



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
<i>Cadre réservé à l'adhérent(e)</i>			
Matricule : 7202	Société : LAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : Amer Hassan			
Date de naissance : 11/09/1965			
Adresse :			
Tél. : 0661 07 2249		Total des frais engagés : _____ Dhs	

<i>Cadre réservé au Médecin</i>	Pr Mohamed LAGHZAOUI <i>Cynécologue Obstétricien</i> <i>Angle Rue Gentil et</i> <i>Rue Abderrahmane Sahraoui</i> <i>Tel : 05 22 47 44 88</i>
Cachet du médecin :	
Date de consultation : 27/04/2021	Nom et prénom du malade : M'rabet Sham
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Gonorrhée	Age : _____
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 : **2021** Le : **/ /**
 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
27/10/21	C	2009	2009	INP : 0910983186
27/10/21	Actes	3000	3000	Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE KARAKI MANSOUR	27/10/21	120,80

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
DR. AYACHOUF MANSOUR RDC Téléphone: 0522 99 19 50 Fax: 0522 99 19 50 GSM: 0678 99 19 50	27/10/21	B 100,00 T.P.	171,50

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

ADHERENT -

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DU DEVIS [REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
H	25533412 00000000 35533411
21433552 00000000 11433553	
D	00000000 00000000 B
G	00000000 11433553
B	[REDACTED]
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel Therapeutique, nécessaire à la profession	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

PR LAGHZAoui MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE COELIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE		أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم
Identifiant fiscal : 15264541	INP : 091029124	ICE : 002253847000051

Casablanca le : 27/04/2021

Mme : Mrabet Siham

99, w Gestarelle G
1 cp/j

Aspegic 100
1 sachet/j

120, 80

Brix public conseillé : 99,00 DH

Let n° i

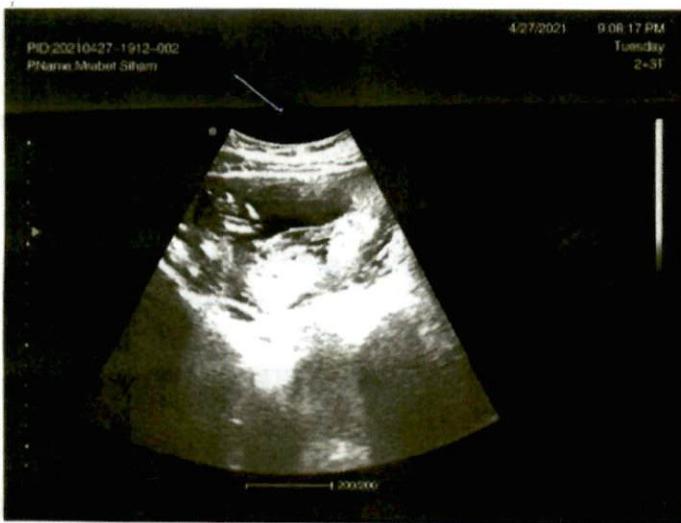
A consommer de préférence avant fin :

PHARMACIE OULMES
LARAKI HAKIMA
ANGLE BD GHANDI ET
YEL MANSOUR 360806

M Laghzaoui

Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحراوي و زنقة جونتي قبالة ساحة مارشال و الطرامواي أمام محطة الحافلة رقم 19 .



	أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم
9124	ICE : 002253847000051



M Laghzaoui

à Casablanca en face de la place Marechal à
tions-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحراوي و زنقة جو

PR LAGHZAoui MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE CŒLIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE		أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم
Identifiant fiscal : 15264541	INP : 091029124	ICE : 002253847000051

Casablanca le : 27/04/2021

Mme : Mrabet Siham

Echographie obstétricale

Grossesse mono-fœtale évolutive

BIP : 29 mm

LF : 16 mm

Placenta normalement inséré

LA en quantité normale.

Conclusion

GME de 14 SA.

M Laghzaoui

Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحاوي و زنقة جونتي قبالة ساحة مارشال و الطرامواي أمام محطة الحافلة رقم 19

PR LAGHZAoui MOHAMED GYNÉCOLOGUE OBSTÉTRICIEN ECHOGRAPHIE GYNÉCO-OBSTÉTRIQUE CŒLIOSCOPIE - HYSTÉROSCOPIE CANCÉROLOGIE GYNÉCO-MAMMAIRE STÉRILITÉ DU COUPLE		أستاذ لغزاوي محمد طبيب النساء والتوليد الكشف بالصدى الكشف والعلاج بالمنظار سرطان الثدي والرحم العقم
Identifiant fiscal : 15264541	INP : 091029124	ICE : 002253847000051

Casablanca le : 27/04/2021

Mme : Mrabet Siham

Sérologie de la toxoplasmose

Dr TAzi Kenza
L'ABORATOIRE PORTÉ GHANDI
159 Bd. Jacob El Mansour RDC Casablanca
Tél: 0522 99 19 50 GSM: 0678 99 19 50
Angle Rue gentil et Rue Abderrahmane Sahraoui 1^{er} étage Casablanca en face de la place Marechal à côté du terminus du bus N° 19 et le tramway station Nations-Unies - Téléphone N° 05 22 47 44 89

M Laghzaoui

زاوية زنقة عبد الرحمن الصحاوي و زنقة جونتي قبالة ساحة مارشال و الطرامواي أمام محطة الحافلة رقم 19



مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA

Médecin Biologiste

Bactério-Virologie-Parasito-Mycologie-Hématologie-Biochimie-Immunologie

Note D'honoraires

Casablanca , le 07/05/2021

Date : 07/05/2021

Patient : Mme MRABET Siham

Analyses	Valeur de B	Montant
SEROLOGIE TOXOPLASMOSE IgG	100,00	134.00
PRVT SANG VEINEUX	1,50	37.50
TOTAL :	100,00	171,50

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de : cent soixante et onze Dirhams et 50 Centimes ***

Dr Tazi Kenza
LABORATOIRE PORTE GHANDI
Casablanca
tel: 0522 99 19 74 / Fax: 0522 99 19 72
GSM: 0678 99 19 50



مختبر التحاليل الطبية بباب غاندي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES PORTE GHANDI

Docteur TAZI KENZA
Médecin Biogiste

Bactério-virologie - Parasito-mycologie - Hématologie - Biochimie - Immunologie

LABORATOIRE PORTE GHANDI

Casablanca, le 07/05/2021

Code Patient 19-01013

Nom : Mme MRABET Siham

Dossier N° : 070521-016 Prélèvement du: 07/05/2021

Demandé par Dr : LAGHZAOUI Mohamed



Compte rendu d'analyses

SEROLOGIE

SEROLOGIE TOXOPLASMOSE IgG
ELFA minividat

Valeurs Usuelles

Antériorités

DETERMINATION	:	3ème détermination	2ème détermination (31/03/2021)
Ac ANTI TOXOPLASMA GONDII (IgG)	:	0 UI/ml (Inférieur à 4)	0 (31/03/21)
<u>Interprétation</u>			
- Inf à 4 UI/ml	:	Négatif	
- Entre 4 et 8 UI/ml	:	Équivoque	
- Sup à 8 UI/ml	:	Positif	
:			Patiante non immunisée, surveillance sérologique mensuelle et mesures préventives

CONSEILS HYGIENO-DIETETIQUES

Fruits et légumes bien lavés ou cuits
Viande bien cuite (Mouton en particulier)
Désinfection régulière du "Bac à châtaigne"
Propreté des mains après jardinage

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

Le Biogiste

LABORATOIRE PORTE GHANDI
Dr TAZI Kenza
159 Bd Yacoub Al Mansour RDC • Rond-point Oulmès (Angle Bd Yacoub Al Mansour et Bd Ghandi) • Casablanca
Tél.: 05 22 99 19 74 • Fax : 05 22 99 19 72 • Mail : laboporteghandi@gmail.com
ICE : 001649573000049 • R.C : 398866 • I.F : 40437085 • T.P : 35803360 • CNSS : 8871388 • INPE : 093060960