

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVR LES REMBOURSEMENTS ET ÉVITER 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.

macie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

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

ologie 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.

que :

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

ducation :

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.

taire :

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.

ladie 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.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1143

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BALMANE Mohamed

Date de naissance : 01-01-1941

Adresse : Cité Djémaa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél. : 06 61 78 92 12

Total des frais engagés : 550,50 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 28/05/2021

Nom et prénom du malade : HAN DOU Habib Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Cystite

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.

04 JUIN 2021



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 : Casablanca

Le : 02/06/2021

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 28/5/21 | C | 2 | 200,00 | <i>Signature</i> |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|---------|-----------------------|
| <i>Signature</i> | 28/5/21 | 149,50 |

ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Cœfficients | Montant des Honoraires |
|---|---------|-----------------------------|------------------------|
| | 29/5/21 | 201 | <i>Signature</i> |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | Coefficient des Travaux |
|--|----------------|------------------|-------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| <img alt="Diagram of upper and lower dental arches with numbered teeth from 1 to 8. The upper arch is labeled H at the top and B | | | | |

مركز الكلية الاصطناعية مرس السلطان
CENTRE D'HEMODIALYSE MERS-SULTAN

Dr.LEMSEFFER Youssef

Spécialiste des maladies des reins-rein Artificiel
Diplômé de la faculté de médecine de marseille

الدكتور يوسف

اختصاصي في أمراض الكلية
خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca le : 28/5/2021 . الدار البيضاء في :

28/5/2021
Ave EL HAMDOU Habiba
149,50
Spectrum 500
149,50

Dr. LEMSEFFER
- NEPHROLOGIE -
125, Avenue Mers Sultan - Casablanca
Tél: 05 22 26 96 34 - Fax: 05 22 26 95 24

PHARMACIE DOUNIA
ICE: 001534607000034
LOT 200755
EXP 06/2023
PPV 149.50DH

مركز الكلية الإصطناعية مرس السلطان
CENTRE D'HEMODIALYSE MERS-SULTAN

Dr. LEMSEFFER Youssef

Spécialiste des maladies des reins-rein Artificiel
Diplômé de la faculté de médecine de marseille

Casablanca le : 28 / 5 / 2021 الدار البيضاء في :

الدكتور المسفر يوسف

اختصاصي في أمراض الكلية

خريج كلية الطب بمارسيليا

Amel EL HAMDOUN Habiba

El Firdaus
Laboratoire d'Analyse
Jamilia 7 Rue
CASABLANCA
Tél: 05 22 57 64 21 - Fax: 05 22 55 34

Dr. LEMSEFFER Y
- NEPHROLOGY GROUP -
125, Avenue Mers Sultan 20000 Casablanca
Tél: 05 22 26 46 34 - 05 22 26 95 24

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Domiciliation Bancaire : Banque populaire -Agence Oued Eddahab

Compte N° : 178 780 21 211 36 24 330 000 346

Identifiant commun de l'entreprise : 001660300000062

Patente : 57432824

INP : 093 000909

CNSS : 6418976

FACTURE N° : 210500433

CASABLANCA le 29-05-2021

Mme EL HAMDOU Habiba

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|------------------------------------|------------|--------------|
| 0241 | Cytologie, culture, identification | B90 | B |
| 0242 | Antibiogramme | B60 | B |

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 201.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent un dirhams .

*Laboratoire d'Analyses Médicales
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N°90 C.D.
CASABLANCA
Tél. 0522 57 64 21 - Fax 0522 55 33 42*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

Date du prélèvement : 29-05-2021 à 10:42

Code patient : 2001270073

Né(e) le : 01-01-1947 (74 ans)

Mme EL HAMDOU Habiba

Dossier N° : 2105290044

Prescripteur : Dr LEMSEFFER YOUSSEF



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

| | |
|-----------|----------|
| Aspect : | Trouble |
| Couleur : | Jaunâtre |

Examen biochimique:

| | |
|-------------------|---------------|
| Albumine: | Négative |
| Sucre: | Négative |
| Corps cétoniques: | Négative |
| Sang: | Négative |
| pH: | 6.0 (5.0-7.0) |

Examen cytologique

| | | |
|-------------------------|--------------|-----------|
| Leucocytes : | >100 000 /ml | (<10 000) |
| Hématies : | 2 000 /ml | (<5 000) |
| Cellules épithéliales : | Rares | |
| Cylindres : | Absence | |
| Cristaux : | Absence | |
| Levures : | Absence | |
| Trichomonas vaginalis : | Absence | |

N.B

Examen bactériologique

Examen direct – Coloration Gram : Identification de bacilles gram –

Cultures : **Positives**
(Infection > ou =100 000/ml)

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

Dr. Souad EL HAIMER
Laboratoire d'Analyses Médicales
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14
CASABLANCA
Tél: 0522 57 64 21

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

2105290044 – Mme EL HAMDOU Habiba

ANTIBIOGRAMMES

Germe testé : *Escherichia coli*

Origine du prélèvement : URINE

PENICILLINES

| | | |
|-----------------------------------|-----------|--|
| Amoxicilline | Résistant | <i>Opticiline, Ampicilline</i> |
| Amoxicilline + acide clavulanique | Résistant | <i>Augmentin, Clavulin</i> |
| Ampicilline | Résistant | <i>Selexid</i> |
| Mecillinam | | <i>Kéflin (inj), Céfalotine (inj)</i> |
| Ticarcilline | | <i>Claforan (inj), Cetaxon(inj), Kefotax (inj)</i> |

CEPHALOSPORINES

| | | |
|-------------|-----------|---|
| Céfalotine | Résistant | <i>Fortum (inj), Zidime (inj)</i> |
| Cefalexine | Résistant | <i>Rocephine (inj), Triaxon(inj), Cefotrim(inj)</i> |
| Céfotaxime | Résistant | <i>Oroken, Ofiken</i> |
| Céftazidime | Sensible | |
| Cefoxitine | Résistant | |
| Céfipime | Résistant | |
| Ceftriaxone | Résistant | |
| Cefixime | | |

CARBAPENEMES

| | |
|-----------|----------|
| Imipénème | Sensible |
|-----------|----------|

AMINOSIDES

| | | |
|-------------|----------|--|
| Amikacine | Sensible | <i>Amikacine (inj)</i> |
| Gentamicine | Sensible | <i>Gentamen (inj), Gentalline (inj), Genta (inj)</i> |
| Netilmicine | | <i>Netromicine (inj)</i> |
| Tobramycine | Sensible | |

QUINOLONES

| | | |
|----------------|-----------|--|
| Ciprofloxacine | Sensible | <i>Sepcen, Ciproxine, Flocip, Megaflox</i> |
| Norfloxacine | Résistant | |
| Ofloxacine | | |

SULFAMIDES

| | |
|--------------------------------|-----------|
| Triméthoprime sulfaméthoxazole | Résistant |
|--------------------------------|-----------|

Bactrim, Sulfaprim, Trimox

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

Dr. Souad EL HAIMER
Laboratoire d'Analyses Médicales
EL FIRDAOUS
Jamila 7 Rue 14 N°90
Tél. 05 20 57 64 21 - Fax 05 20 55 33 42

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES EL FIRDAOUS

BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - HEMATOLOGIE - IMMUNOLOGIE

Jamila 7, Rue 14, N°90 Cité Djemaâ 20450 -Casablanca (04).

Tél : 0522 57 64 21 – Fax : 0522 55 33 42

Dr Souad EL HAIMER

Médecin Spécialiste en Biologie Médicale

Lauréat de l'Université Hassan II -Faculté de Médecine de Casablanca

2105290044 – Mme EL HAMDOU Habiba

| AUTRES | |
|-----------------|--|
| Aztreonam | |
| Nitroxoline | |
| Nitrofurantoine | |
| Colistine | |
| Fosfomycine | |

*inj : injectable (IM/IV) ; perf : perfusion

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

Dr. Souad EL HAIMER
Laboratoire d'Analyses Médicales
Jamila 7, Rue 14 N°90
CASABLANCA
Tél. 0522 57 64 21
Fax : 0522 55 33 42