

## 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.

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



## Déclaration de Maladie

N° W19-589075

75305

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 12658			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ZEKRI Hicham
Nom & Prénom : ZEKRI Hicham			
Date de naissance : 19/07/1983			
Adresse : Bouskoura Golf City Villa 609			
Tél. : 0663285616	Total des frais engagés : 858,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 21/06/2021			
Nom et prénom du malade : Hicham			
Age: 34			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> 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 : Casablanca

Le : 07/06/2021

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
16/06/2010	Consultation	100	300,00	INPE 091079137 INT : PROFESSEUR R. ISMAIL ENTROPIELOGIE CASE

## **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
LABORATOIRE D'ANNECY Bd. D'Annecy 351/88 - 74220 ANNECY	07.08.81	Bleu IPN	551.82

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

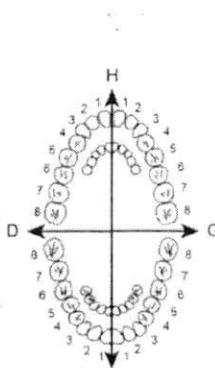
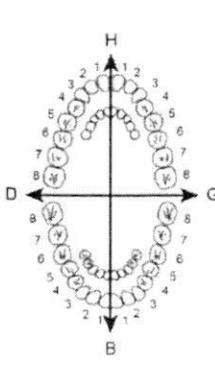
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>  MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>  DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>  FIN D'EXECUTION <input type="text"/>												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<b>H</b> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21423552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2"><hr/></td></tr> </table> <b>G</b>			25533412	21423552	00000000	00000000	<hr/>		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
25533412	21423552																
00000000	00000000																
<hr/>																	
00000000	00000000																
35533411	11433553																
<hr/>																	
					DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																	

# Professeur R. ISMAIL

Médecin Spécialiste  
Maladies de l'Appareil Digestif  
Maladies du Foie  
Proctologie Médico-Chirurgicale  
Endoscopie Digestive  
Echographie - Nutrition Clinique  
Ex. Professeur de l'Enseignement Supérieur  
à la Faculté de Médecine - Casablanca



# البروفيسور ر. إسماعيل

طبيب اختصاصي

أمراض الجهاز الهضمي  
أمراض الكبد - أمراض وجراحة المخرج  
التشخيص بالمنظار الداخلي  
الفحص بالصدى - التغدية  
أستاذ جامعي سابق  
 بكلية الطب . الدار البيضاء

22  
Jelui  
Hichz

6/7/2021

Parasito J  
Jell

مختبر التحاليل الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
1122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
05 22 481351/86 - Casablanca

**PROFESSEUR R.ISMAIL**  
GASTROENTEROLOGUE-CASA  
ICE: 001714242000083  
INPE : 091079137

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067

Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca

122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

## Dr Jalil ELMANJRA

Pharmacien Biologiste

Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon

Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

## Dr Abdelaziz LEMSEFFER

Pharmacien Biologiste

Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon

D.I.U. de Biologie de la Reproduction

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca le 7 juin 2021

Monsieur ZEKRI HICHAM

FACTURE N°

26346

### Analyses :

Parasito des selles (échant 1) -----	B	40	Total : B 40
--------------------------------------	---	----	--------------

TOTAL DOSSIER	55,00 DH
---------------	----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cinquante Cinq Dirhams



Dr Jalil ELMANJRA  
Pharmacien biologiste  
Ancien assistant des hôpitaux de Dijon - France



Dr Abdelaziz LEMSEFFER  
Pharmacien biologiste  
Ancien interne des hôpitaux de Besançon - France

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)

**Monsieur ZEKRI HICHAM**  
Dossier N° : 21551375  
Docteur RAFIK ISMAIL

Dossier ouvert le : 07/06/21 - Edité le : 10/06/21

Page N° 1/1

## PARASITOLOGIE

### PARASITOLOGIE DES SELLES (échantillon 1)

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Consistance	:	pâteuse
Couleur	:	Marron
Formes parasitaires	:	présence de nombreuses formes végétatives d'Entamoeba histolytica

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	:	Rares
Hématies	:	Rares
Levures	:	Rares

#### EXAMEN PARASITOLOGIQUE

Examen direct	:	présence de nombreuses formes végétatives d'Entamoeba histolytica
Examen après concentration	:	présence de nombreuses formes végétatives d'Entamoeba histolytica

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

**Pr R.ISMAIL**

**Spécialiste des Maladies de l'Appareil Digestif  
112, Bd Anfa – Casablanca  
ICE : 001714242000083  
INPE : 091079137**

Casa le 07/06 /2021

**NOTE D'HONORAIRES**

**Nom & Prénom :** MR ZEKRI HICHAM

**Nature de l'acte**

Consultation : 300 Dh

Echographie : 500 Dh

**PROFESSEUR R.ISMAIL**  
**GASTROENTEROLOGUE-CASA**  
**ICE:001714242000083**  
**INPE : 091079137**

