

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

## Souscriptions 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.

## 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.

## Optique :

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

## Education :

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

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.

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : 3792

Société : R.A.M.

Actif  Pensionné(e)

Autre C.D.B RETRAITE

Nom & Prénom : HASHIM AKBAR

Date de naissance : 12-02-1948

Adresse : 11 RUE TABAL BANEBLANC C.I.L  
CASABLANCA.

Tél. 066 312 8664

Total des frais engagés : 381,00 Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Pr. O. MKINSI SLAOUL  
Service de  
Rhumatologie  
CHU Ittis Rochd - Casablanca

Date de consultation : 6/7/21

Nom et prénom du malade : Nada Chraim Age:

Lien de parenté :

Lui-même  Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Rheumatologie

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) :

## **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
6/1/21	CS		6	Pr. O. M. D. S. A. O. U. Service de Rhumatologie CHU Ibn Rochd - Casablanca

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire et 17, Bd. BIRANZA CASABLANCA	07/07/2021	B: 290 + HT	386,80

#### AUXILIAIRES MÉDICAUX

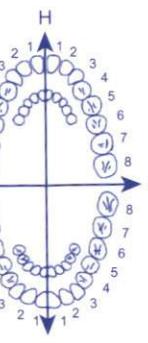
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

#### **BELEVE 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

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	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G																	
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
	<p style="text-align: center;"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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'EXECUT



ابن رشد  
الدار البيضاء  
Casablanca

Royaume du Maroc  
Ministère de la Santé  
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Rochd  
Hôpital Ibn Rochd - Casablanca

المملكة المغربية  
وزارة الصحة  
المركز الإستشفائي الجامعي ابن رشد  
مستشفى ابن رشد - الدار البيضاء



Hôpital sans Tabac  
Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين  
التدخين يقتل

## BILLET D'EXAMEN

Prénoms et Nom du Malade :

7<sup>me</sup>

Nadia Chraib

Date :

6/7/21

Service :

N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<p>ECBU + ATB</p> <p>- KOP nells 3 jours</p>	<p>Laboratoire Bir Anzarane 117, Bd. Bir Anzarane CASABLANCA</p>

Pr. O. MANSOURI

Le Médecin Traitant  
Service de  
Rhumatologie  
CHU Ibn Rochd - Casablanca

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

Fax : 05 22 29 94 83

**Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale Bir Anzarane**

117, Bd Bir Anzarane 20 100 Maarif Casablanca

Tél : 05 22 99 46 63/ 05 22 25 82 05 Fax : 05 22 98 09 11

ICE : 001748386000083  
Patente : 35870583  
IF : 01006693  
CNSS : 7070999

Compte bancaire : BMCI Casa Normandie  
RIB : 013 780 01802 000329 001 80 48

INPE : 093001196

Casablanca le : 07-07-2021

Mme Nadia CHRAIBI

FACTURE N°	2107071031	
------------	------------	--

**Récapitulatif des analyses**

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sang	E25	E
	Parasitologie des selles1	B40	B
	Examen cytobactériologique des urines	B150	B
	Parasitologie des selles2	B40	B
	Parasitologie des selles3	B40	B

Total de B : 270

	TOTAL DOSSIER	386.80 DH
--	---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quatre-vingt-six dirhams quatre-vingts centimes

117, Bd Bir Anzarane  
CASABLANCA



Prescripteur : Dr OUAFA MKINSI SLAOUI

Réf : 2107071031

Dossier ouvert le : 07-07-2021 09:12

Edité le : 10-07-2021

Mme CHRAIBI Nadia

Compte Rendu d'Analyse

Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 N°2 020/85901

Page 1 / 3

## **BACTERIOLOGIE**

### **EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES**

#### **EXAMEN MACROSCOPIQUE**

Aspect : Clair.

#### **BIOCHIMIE PAR BANDELETTE**

pH:	5.0
Glucose:	Absence.
Proteines:	Absence.
Corps Cétoniques:	Absence.
Sang:	Absence.

#### **EXAMEN MICROSCOPIQUE**

Leucocytes :	<10 / mm <sup>3</sup>	(0-10)
Hématies :	<5 / mm <sup>3</sup>	(0-5)
Cellules épithéliales :	Absence.	
Cylindres :	Absence.	
cristaux:	Absence.	

#### **EXAMEN BACTERIOLOGIQUE**

Examen direct : Absence de germes  
Culture : Négative.

## **PARASITOLOGIE-MYCOLOGIE**

### **EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES 1**

Prélèvement effectué le: 07-07-2021  
Aspect : Pâteuses

*Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane - Casablanca  
117 Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
ICE : 001/430600083  
INPE : 093001196*

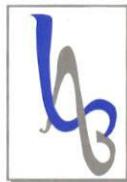
*Dr A. Azeddoug*

*Médecin Biologiste*

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Valide



**EXAMNE CYTOLOGIQUE:**

Polynucléaires: Absence  
Hématies: Absence

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE:**

Recherche de parasites: Négative  
Recherche de Kystes: Négative.  
Recherche d'oeufs : Négative

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES 2**

Prélèvement effectué le: 08-07-2021  
Aspect : Pateuses

**EXAMEN CYTOLOGIQUE:**

Polynucléaires: Absence  
Hématies: Absence

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE:**

Recherche de parasites: Négative  
Recherche de Kystes: Négative.  
Recherche d'oeufs : Négative

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES 3**

Prélèvement effectué le: 09-07-2021  
Aspect : Pateuses

**EXAMNE CYTOLOGIQUE:**

Polynucléaires: Absence  
Hématies: Absence

**EXAMEN PARASITOLOGIQUE:**

Recherche de parasites: Négative  
Recherche de Kystes: Négative.  
Recherche d'oeufs : Négative

Fin du compte rendu

Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane - Casablanca  
117 Bd. Bir Anzarane - Casablanca  
ICE : 0017453-000083  
Tél : 0522 98 09 11  
Fax : 0522 98 09 11  
E-mail : labobiranzarane.com

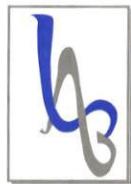
Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Dossier Validé par :

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**



Laboratoire d'Analyses  
de Biologie Médicale  
Bir Anzarane, Casablanca  
117 Bd Bir Anzarane, Casablanca  
Tél : 0522 99 46 63 / 0522 25 82 05 / 06 61 80 77 96 - Fax : 0522 98 09 11  
Site Web : labobiranzarane.com

Biologistes Responsables :  
- Dr. A. AZEDDOUG  
- Dr. N. BAAJ

**Laboratoire certifié AFNOR ISO 9001:2015 n°2020/85901**

Dossier Validé par :

*Dr A. Azeddoug*  
*Médecin biologiste*  
*Nadia CHRAIBI*