

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

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.

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.

Dentaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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.

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° P19-0034868

84425

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2111 Société :

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : NEY MOUCHÉ Ouachir

Date de naissance :

Adresse : 15 la même

Tél : 0664416030 Total des frais engagés : 2000 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : ORRAS Noureddine Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ 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 : Casa

Le : 10/09/2021

Signature de l'adhérent(e) :



CIM-10			
--------	--	--	--

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – dixième révision

Prestations et services non pris en charge par l'Organisme Gestionnaire			
Nature de la prestation	Prix Unitaire	Quantité	Prix Total

	بيان تعويضات التأمين الصحي الإلزامي RELEVÉ DES PRESTATIONS AMO	 الضمان الاجتماعي CNSS	مديرية التأمين الصحي الإلزامي Direction de l'Assurance Maladie Obligatoire مرجع رقم : REF : 610-2-06
	Référence structurée : 210907948467686	Emis à Casablanca le :	Page : 1
	Identifiant de la famille تعريف العائلة N° d'immatriculation : 173353212 Règlement du mois : 09/2021 Mode de paiement : Virement	ARRAS NOUREDDINE RESID FATIMA ZAHRA II RUE DES ROSES ANGLE BD AMAR EL KHAYAM CASABLANCA 2020	
Informations :			معلومات :

مرجع الإشعار بالاستلام	تاريخ العلاج	العمليات	مهنيو الصحة	مبلغ المصاريف	التعريف المرجعية	المعامل	الكمية	أساس التعويض	نسبة التعويض	مبلغ التعويض
Référence accusé de réception	Date de soins	Actes	Prestataires de soins	Montant de la dépense	Tarif de référence	Coeff.	Quantité	Base de remboursement	Taux de remboursement %	Montant remboursé
ARRAS NOUREDDINE										
076481118	27/07/2021	CG	MEDECIN GENERALISTE	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	00	0,00
076481118	27/07/2021	B	BIOLOGIE	200,00	1,10	150,00	1,00	165,00	81	133,65
Total remboursé pour NOUREDDINE										133,65
Total général remboursé										133,65

Sauf erreur ou omission

ما عدا خطأ أو نسيان

Mr ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 270721-040

Page : 3/4

Antibiogramme(s)

Escherichia coli (BACILLES GRAM NEGATIF) : ECBU

Antibiotique	Résultats
Pénicillines	
Amoxi + ac. clavulanique (AUGMENTIN)	Résistant
Ticarcilline (TICARPEN)	Résistant
Ampicilline (BACAMPINE, TOTAPEN)	Résistant
Céphalosporines	
Cefoxitine (MEFOXIN)	SENSIBLE
Céfalexine (ORACEFAL)	Résistant
Cefotaxime (CLAFORAN)	Résistant
Ceftazidime (FORTUM)	Résistant
Carbapénème	
Imipénème (TIENAM)	SENSIBLE
Ertapénème	SENSIBLE
Quinolones	
Ciprofloxacine (CIFLOX)	Résistant
Aminosides	
Gentamycine (GENTALLINE)	SENSIBLE
Amikacine (AMIKLIN)	Intermédiaire
Tétracyclines	
Tigécycline	SENSIBLE
Sulfamides et apparentés	
Triméthoprine+sulfamides (BACTRIM)	Résistant
Polymyxines	
Colistine(COLIMYCINE)	SENSIBLE
Others	
Fosfomycine(MONORIL,FOSFOCINE)	SENSIBLE
Pipéracilline+tazobactam (Tozocilline)	SENSIBLE

Mr ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 270721-040

Page : 2/4

Seuil: > 100000 germes/ml

Identification

: Escherichia coli

Mr ARRAS NOUREDDINE

Dossier N° : 270721-040

Page : 4/4

Présence d'une bétalactamase à spectre étendu.

Nous vous remercions de votre confiance et vous souhaitons bon rétablissement

279, BD Chefchaouni Ain Sebaa - Casablanca

Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44

RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079

E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hpc.ma

Dr. SMYEJ IMANE

Médecin Biologiste

Hôpital Privé Casablanca Ain Sebaa

INPE : 097167381

AKDITAL
Acteur de Santé



AKDITAL

Centre International d'Oncologie Casablanca
المركز الدولي لعلاج الأورام بالدار البيضاء

Centre d'Urologie

Casablanca, le 27.07.21...

ALRAS
Nourdd

FCBU + ATBL

Docteur Tahar ZEMRAG
CHIRURGIEN UROLOGUE
32, Rue Tahar Houcine (ex. Gallié)
Dr Gauthier - Casablanca
Tél : 05 22 26 70 98 / 26 72 24

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HOPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaouni - Aïn Sebaâ

4, route de l'Oasis, rue des Alouettes, Casablanca
Tél. : 05 22 77 82 28 - Fax : 05 22 99 65 74
E-mail : info@ciocasablanca.ma
Site web : www.ciocasablanca.ma



279, BD Chefchaoui Aïn Sebaâ - Casablanca
Tél. : 05 22 68 00 00 - Fax : 05 22 35 66 44
RC : 431357 - IF : 34460126 - ICE : 002247038000079
E-mail : direction@hpc.ma - Site web : www.hp-casablanca.ma

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
Dr. MRABET Mustapha
Médecin Biologiste

ah
AKDITAL

Honoraires

Casablanca, le 02/08/2021

Dossier N°: 270721-040 du: 27/07/2021

Médecin Dr :ZEMRAG JAFAR

21-008550 N°Chambre

Patient :Mr ARRAS NOUREDDINE

Analyses	Cotation	Montant
EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE des URINES	150	201,000
Urines	1	11,750

Total B 150

Total en dirhams 200,00

SERVICE LABORATOIRE - N°4
HÔPITAL PRIVÉ CASABLANCA AIN SEBAÂ
INPE : 090063272
279, Bd. Chefchaoui - Aïn Sebaâ



Casablanca, le 29/07/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 270721-040 Pvt du: 27/07/2021 12:05

Mr ARRAS NOUREDDINE

IPP Patient :21-008550/21

Patient Ordinaire :

Prescrit par Dr MAMOU NAOUFAL

Page : 1/4

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Nature du prélèvement : Milieu du jet

Reçu à 13h31

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Couleur : Brunâtre

Aspect : Trouble

EXAMEN CYTO-CHIMIQUE

pH : 6

Nitrites : Négatif

Glucose : Négatif

Protéines : ++

Sang : +++

Cellules Epithéliales : Absence

Leucocytes : 7200000 /ml (Inférieur à 10000)

Hématies : 8 000 000 /ml (Inférieur à 10000)

Cristaux : Absence

Cylindres : Absence

Cellules rénales : Absence

Levures : Absence

Filaments mycéliens : Absence

Examen direct : Présence de nombreux bacilles Gram négatifs

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Culture sur milieux usuels : Isolement de bacilles à Gram négatif