

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

N° M21- 0006045

84635

☐ 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 Djémâa Jamila 7 Rue 19 n° 15 Casablanca

Tél : 0661789212 Total des frais engagés : 201,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : EL HAN DOU Habiba 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.

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

Signature de l'adhérent(e) : [Signature] Le : 30-10-2021

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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

RELEVÉ 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
28/6/21	C	2	5	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire ou du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

AUXILIAIRES MEDICAUX

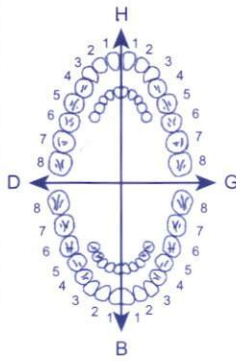
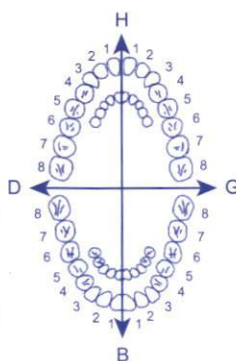
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX														
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

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

الدركتور المحسفر يوسف

اختصاصي في أمراض الكلية
خريج كلية الطب بمارسيليا

Casablanca le : 28. 6. 2024. : الدار البيضاء في

EL HANDOU Halhe

Dr. LEMSEFFER Y
- NEPHROLOGUE - Casa
125, Avenue Mers Sultan - Casa
Tél: 05 22 26 96 34 - 05 22 26 96 24

ELB

Laboratoire d'analyses
EL FIMAOUI
Jamilia 7 Rue N° 30 C.D.
CASABLANCA
Tél: 05 22 57 64 21 - Fax: 05 22 57 64 22

Dr. LEMSEFFER Y
- NEPHROLOGUE - Casa
125, Avenue Mers Sultan - Casa
Tél: 05 22 26 96 34 - 05 22 26 96 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° : 210600487

CASABLANCA le 30-06-2021

Mme EL HAMDOUN Habiba

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
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 MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14, N° 90 C.D.
CASABLANCA
Tél: 05 22 57 64 21 - Fax: 05 22 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 : 30-06-2021 à 13:14

Code patient : 2001270073

Né(e) le : 01-01-1947 (74 ans)

Mme EL HAMDou Habiba

Dossier N° : 2106300060

Prescripteur : Dr LEMSEFFER YOUSSEF



BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect : Légèrement trouble
Couleur : Jaunâtre

Examen biochimique:

Albumine: Négative
Sucre: Négative
Corps cétoniques: Négative
Sang: Négative

pH: 6.0 (5.0-7.0) 29-05-2021 6.0

Examen cytologique

Leucocytes : 1 000 /ml (<10 000) >100 000
Hématies : 1 000 /ml (<5 000) 2 000
Cellules épithéliales : Rares
Cylindres : Absence
Cristaux : Absence
Levures : Absence
Trichomonas vaginalis : Stérile

N.B

Examen bactériologique

Examen direct – Coloration Gram : R.A.S

Cultures : Stérile

(Infection > ou =100 000/ml)

Validé par : Dr. Souad EL HAIMER

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
EL FIRDAOUS
Jamila 7, Rue 14 N°90 C.D.
CASABLANCA
Tél : 0522 57 64 21 - Fax : 0522 55 33 42