

**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 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

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 Aïal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Monamed Fakir et Rue Aïal 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° W:19-575777

NO: 102375

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1333 Société : R.A.M

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : MEGZARI ABDERRAHIM

Date de naissance : 16/04/1952

Adresse : 103, RUE ALI ABDERRAZAK CASABLANCA

Tél : 0661973427 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/01/2022

Nom et prénom du malade : MEGZARI ABDERRAHIM Age: 70 ans

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Infarctus

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 : 12/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

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
12/10/20				<i>[Signature]</i>

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	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>[Signature]</i>	12/10/20	BAD	5000000

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 canaux, 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"/>																
		<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 colspan="2">D</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> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G		[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H																			
		25533412	21433552																		
		00000000	00000000																		
		D																			
00000000		00000000																			
35533411		11433553																			
B																					
G																					
				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																		

CABINET DE CARDIOLOGIE ET D'EXPLORATIONS CARDIO-VASCULAIRES

Professeur Ahmed BENNIS

Professeur de Cardiologie

Ancien Chef de Service de Cardiologie du CHU

Ibn Rochd de Casablanca

Ancien Président de la Société Marocaine de Cardiologie

Fellow of The European Society of Cardiology

Fellow of The American College of Cardiology



98 Angle Rue Kadi Iass et Rue Abou Salt Andaloussi

(Près de la commune urbaine du Maârif) Casablanca

Tél. : 05 22253600 - Fax : 05 22253601

Mobile : 0661321866

Le : 12.01.2022

Bilan Biologique

Nom / Prénom : Youssef Abdelhak Age : Sexe : H F

Hématologie

- NFS
- Plaquettes
- VS
- CRP
- Hémoculture

Bilan martial

- Fer sérique
- CTF
- Ferritine
- Transferrine

Hémostase

- Temps de Prothrombine
- TCK
- Fibrinogène
- INR

Glucose

- Glycémie à jeun
- PP
- Hyperglycémie par VO
- Hémoglobine glyquée

Ionogramme sanguin

- Na+
- K+
- Cl-
- Ca++
- Phosphore
- Mg++
- Bicarbonates (HCO3-)
- Urée
- Créatinine
- Acide urique

Bilan lipidique

- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL
- Triglycérides

Fonction hépatique et enzymologie

- Amylasémie
- Bilirubine libre et conjuguée
- Phosphatases alcalines
- Lactate Déshydrogénase LDH
- Transaminases ASAT, ALAT
- Gamma- GT
- haptoglobine
- CPK (Créatine Phosphokinase)
- Troponine
- Electrophorèse des protéines EPP
- BNP
- protidémie
- albumine

Ionogramme urinaire

- Ca++
- Phosphore
- Na+
- K+
- Cl-
- Urée
- Créatinine

Examen des urines

- Protéinurie des 24h
- Microalbuminurie des 24h
- ECBU
- Antibiogramme

Groupage sanguin

- ABO
- Rhésus
- RAI

Sérologie et immunologie

- VDRL - TPHA
- Hépatite B
 - Antigène Hbs
 - Anticorps Anti-Hbs
 - Anticorps Anti-Hbc
 - Anticorps Anti-Hbe
- Hépatite C
 - Anticorps Anti-HVC
- Sérologie Toxoplasmose
- Sérologie Rubéole
- β-HCG Plasmatique
- Facteur Rhumatoïde : (Latex, Waaler Rose)
- Anticorps Anti-nucléaires
- Anticorps Anti-DNA natif
- ASLO
- Dosage du Complément C3 - C4 - CH50

Autres : Teste PCR (Covid 19)

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 : 17-01-2022

Mr. Abdelhamid MEGZARI

FACTURE N°	2201171173
------------	------------

Récapitulatif des analyses

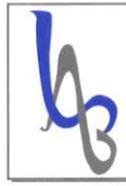
CN	Analyse	Val	Clefs
dep100	Déplacement	E100	E
	RT-PCR DU SARS CoV-2 (COVID 19)	E400	E

Total de B : 0

TOTAL DOSSIER	500.00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cents dirhams

Laboratoire Bir Anzarane
117, Bd. Bir Anzarane
CASABLANCA



Prescripteur : . . .

Dossier ouvert le : 17-01-2022 14:31

Edité le : 18-01-2022

Réf : 2201171173

Mr. MEGZARI Abdelhamid

Page 1 / 1

Compte Rendu d'Analyse

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

DIAGNOSTIC BIOLOGIQUE COVID 19

RT-PCR du SARS CoV-2 (COVID-19)

Recherche des séquences du gène ORF1ab codant pour la polyprotéine pp1ab et du gène N codant pour la nucléocapside.

Motif:

Nature du prélèvement:

CIN:

Numéro de passeport:

Date de naissance

SYMPTOMES

Nasopharyngé

B113181

16-04-1952

Résultat: NEGATIF: Absence d'ARN de SARS-CoV-2

MOLECULAR BIOLOGY

SARS CoV-2 RT PCR

Motif:

Nature of sample:

CIN:

Passeport number:

Date of Birth:

SYMPTOMS

Nasopharyngeal

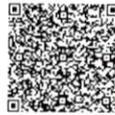
B113181

16-04-1952

Result: NEGATIVE: SARS-CoV-2 ARN not detected.

« La contagiosité d'un patient doit être évaluée à partir des informations cliniques, de son historique, et des données para cliniques ».

Fin du compte rendu



Dr A. Azeddoug

Médecin Biologiste

Biologistes Responsables :

- Dr. A. AZEDDOUG

- Dr. N. BAAJ

Dossier Validé

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