

## 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.

## Déclaration de Maladie

N° W21-677801

CSN



<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : AB128	Société : RAM	ND 103370	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Adname
Nom & Prénom : Chergui Darif			
Date de naissance : 10/19/1992			
Adresse : Res sidi abdeRahman 6H3 etage 3 apt 3 Oulfa, Casablanca			
Tél. : 06 11 42 42 90	Total des frais engagés : 1133, 9 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Chergui Darif Nadine Age : 1 mois			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Asthme			
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) :

Le : 19/01/2022



## **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
29/12/21	4		600	INP : <input type="text"/> 

[NP : | | | | | ]

*60s* *USA* *Macau* *1970s* *1"*

#### **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fourmeisseur	Date	Montant de la Facture
<p><b>PHARMACIE ALEXANDRA</b>  Mme BENJELLOUN FOUIZI  Docteur e. Pharmacie  35, Boulevard Alexandre 3  Tél: 0522.86.15.13 - Casablanca  522004456 - ICP: 00 1837 636 0000</p>	29/12/21	428,92

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ABORATOIRE S LAH Docteur FAYAL Mourir 93 Boulevard Arrouai INPE 93061091 IP 36336941	05/02/2014	B.6.3	165000

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

#### **VOLET ADHERENT**

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

## **RELEVE 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.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a circular DNA molecule with two complementary strands forming a double helix. The molecule is oriented with a horizontal axis passing through the center. The top strand is labeled with numbers 1 through 8 in a clockwise direction starting from the top. The bottom strand is also labeled with numbers 1 through 8 in a clockwise direction, corresponding to the positions on the top strand. The labels are as follows: Top strand: 1, 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6; Bottom strand: 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1.

#### **[Création, remont, adjonction]**

Fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

9

1

1

1

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Bébé Chegwa Darif

29/12/21

1) Soins d'ombilic :

ج91

Dermasept spray : 1 Pulv x 2

ج301

Eosine spray : 1 Pulv x 2 / J

2) Compresses Sterilesج45+2  
ج26403) Tobrex collyre :

1 gtt x 3 / j

4) Konakion :

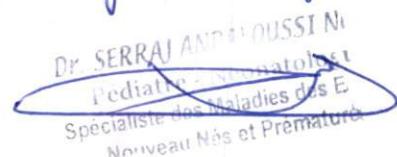
1 amp / Sem → 4 Sema

LOT: 8252  
EXP: 08/24  
PPC: 99,00DH5) Vaccin le 10ème jour

ج95

6) D3 NORM 200 UIج201  
7) Lait :

Nourilac I



GTIN

(01)04260095681805

EXP  
Lot  
MFD  
SN

01 2024

F3075F04

01 2021

XYWXC1MK86HRDNQ



**BOTTU SA**  
**PPV : 84 DH 00**



LOT 23111

EXP 06/2024

PPV 28/40

26/40



**Soyez très prudent**

Ne pas conduire sans  
l'avis d'un professionnel  
de santé

**NIVEAU 2**

**NE PAS AVALER - NE PAS INJECTER  
RESPECTER LES DOSES PRÉSCRITES**

Tableau A (Liste I) - Uniquement sur ordonnance  
جدول أ (اللحة I) - يصرف بوجب وصفة طبية

04/20



**TOBREX® 0,3 %**  
Collyre, flacon de 5 ml  
AMM N° 30 DMP/21/NCI



6 118000 020417

**TOBREX® 0,3 %**  
COLLYRE EN SOLUTION  
Tobramycine  
Flacon de 5 ml

# D3NORM®

200 UI GOUTTES BUVABLES



8 051128 634501

Lot: 210644

A consommer  
avant le: 09/2024

PPC : 89,50 DH



## ORDONNANCE

Casablanca, le 29/12/2021 الدار البيضاء في

G Roupage

BB CHERGUI-DARIF

Méde le 29/12/2021

La Nurse : A AHDI

L'heure 02H25

CLINIQUE L'HERMITAGE  
35 Bd. Anoual - Casablanca  
Tél: 052 86 55 66 - Fax: 052 86 55 77

LABORATOIRE Lab  
Doréen 414/415  
93 Boulevard  
MFP 900709

Dr SERRAJ ANDALUS  
Pediatre - NEONATU

122, Av. 2 Mars - Casablanca  
022 86 23 71

ASMAA AHDI

BB CHERGUI-DARIF Bb  
29-12-2021 N



2112292112

A coller sur l'ordonnance

ORDO

**FACTURE N° : 2112292112**

Casablanca le 29-12-2021

**BB Bb CHERGUI-DARIF**

Demande N° 2112292112

Date de l'examen : 29-12-2021

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Clé	Coefficient
PSA 0229	Prélèvement sang adulte Groupe ABO Rhésus	E B	25 60

Total des B : 60

TOTAL DOSSIER : 105 DH

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

Conformément à la législation, il est interdit de modifier les dates de facturation.



Edition le Mercredi 29 Décembre 2021 à 17:52

L'HERMITAGE CLINIQUE

Clinique l'Hermitage

35, Bd Anoual Quartier des Hôpitaux

20360 Casablanca

Dr Naima SERRAJ ANDALOUSSI – Casablanca

Résultats de BB Bb CHERGUI-DARIF

Né(e) le 29-12-2021

Dossier : 2112292112

BB Bb CHERGUI-DARIF

Prélevé le : 29-12-2021 à 14:25 par Infirmière Clinique

Dossier enregistré le: 29-12-2021 à 15:01

Compte-rendu complet

Intervalles de référence

Antériorités

**INFORMATION PATIENT**Vos résultats d'analyses sont disponibles sur le site <http://www.glab.ma> à la rubrique "Serveur des Résultats".**Identité du patient :**

Identité du patient transmise et contrôlée par le préleveur

**HEMATOLOGIE****DETERMINATION DU GROUPE SANGUIN ABO-RHESUS**

Groupe sanguin ABO

O

(Groupage sanguin technique gel Diaclon ID/Biorad)

Rhésus (D)

Rh NEGATIF (Du -) RH-1

Une carte de groupe sanguin n'est délivrée qu'après une deuxième détermination du groupe sur un deuxième prélèvement dans le même Laboratoire. Chaque détermination est réalisée avec deux techniques différentes.

**Prélèvement à Domicile**

Chère patiente et cher patient,

En tenant compte des contraintes sanitaires en rapport avec la pandémie de COVID-19, le laboratoire **G Lab** a mis en place tous les dispositifs nécessaires, conformément aux réglementations d'hygiènes en vigueur, pour votre protection lors de votre présence dans le laboratoire.

Vous avez également la possibilité de faire réaliser vos prélèvements à domicile.

Nous mettons à votre disposition sur rendez-vous une équipe dédiée.

**Contact :**

Tél. + 212 522 86 09 10

E-mail : [contact@glab.ma](mailto:contact@glab.ma)

Dossier validé biologiquement par : Docteur Ilham BOURZIK

Page 1 / 1