

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.

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° M21- 072766

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 100774 Société : 124509

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : BEN LAMIA ABDERRAHIM

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 Lotissement 7 FLOUDA

S. D. 144 RUE

Tél. : 05 22 20 35 56 Total des frais engagés : 204,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/08/2022

Nom et prénom du malade : Mr BEN LAMIA ABDERRAHIM Age :

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

Nature de la maladie : Unelsg

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 : 02 / 08 / 2022

Signature de l'adhérent(e) :

[illegible]

30/06/22 G A 6

Cachet et signature du M attestant le Paiement de
--

[illegible][illegible][illegible]

E : 0016816 986124 - RC : 410236 986124 - RC : 410236	30/06/21	B150	201DT
---	----------	------	-------

Laboratoire et du Radiologue
 ICE : 00168168
 40605856 - TP : 36159885
 SS : 986124 - RC : 410236

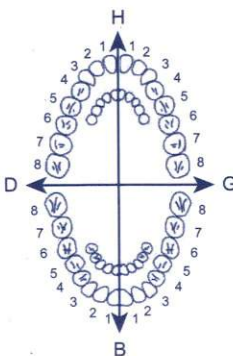
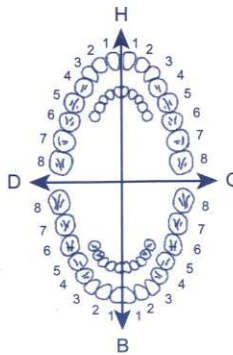
[illegible][illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

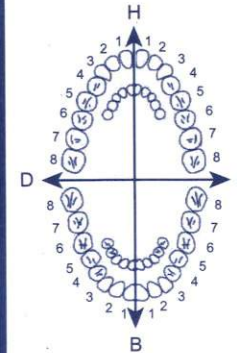
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient									
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>								
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>								
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>								
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>								
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES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

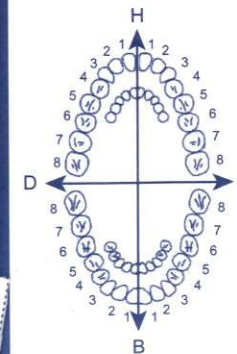
Important :
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

DATE DE L'EXECUTION



	H	
	25533412	21433552
	00000000	00000000
D		C
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires

Greffes Rénales

Lithotripsie Extra Corporelle

Stérilité Masculine

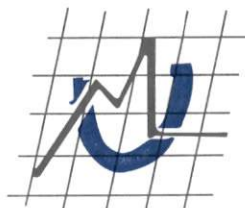
Ancien Interne des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Assistant des Hôpitaux de Montpellier

Ancien Chef de Clinique Urologique

à la Faculté de Médecine de Montpellier

Membre de l'Association Française d'Urologie



الدكتور محمد المسفر

جراحة الكلية والمسالك البولية

زرع الكلية

تفتيت الحصى بالأشعة

الأمراض التناسلية و العقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le 30/06/22 في الدار البيضاء

N° Benghalib Alloufi

ECBU -

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Tél: 05 22 335 209
05 22 335 209
IF : 40604085 - T.P : 35719885
CNSS : 9861224 - RC : 440238

Dr. M'hamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

En cas d'urgence, s'adresser à la Clinique BADR : 05 22 49 28 00 / 05 22 49 23 80 / 81

24. زنقة العلوسي - بورجون (أمام مصحة بدر) - الدار البيضاء - الهاتف : 05 22 20 64 83 / 05 22 27 41 17 - الفاكس : 05 22 20 96 63

24, Rue El Alloussi - Bourgogne (en face Clinique BADR) - CASABLANCA - Tél.: 05 22 27 41 17 / 05 22 20 64 83

Fax : 05 22 20 96 63 - E-mail : drlemseffer-uro@hotmail.com

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 30/06/2022

Dossier N°: 300622-100 du: 30/06/2022

Patient :Mr BENYAHIA Abderrafie

Analyse	Valeur en B	Montant
ECBU+/-ATB	150	201,00

Montant de prélèvement : 0,00

Total en dirhams à payer: 201,00

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE : 0015819209-016
IF : 40608866 - TP : 36159885
CNSS : 986124 - RG : 410236



مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

Casablanca, le 02/07/2022

Code Patient : 21-00562

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 300622-100 Pvt du: 30/06/2022 17:42

Nom : Mr BENYAHIA Abderrafie



Page : 1/4

ANALYSES BACTERIOLOGIQUES

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Type du Prélèvement : Urines 2ème jet
Aspect des urines : Clair

EXAMEN CHIMIQUE

NITRITES : Négatif
SANG : Négatif Positive + (01/06/22)
Albumine : Négative Négative (01/06/22)
PH : 7

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes : 3000 /ml (Inférieur à 10000)
Hématies : <1000 /ml (Inférieur à 10000)
CELLULES EPITHELIALES : Rares
Cristaux : Absence
Cylindres : Absence
LEVURES : Absence

Examen direct après coloration de GRAM

Bacilles gram négatif : Absence
Cocci gram positif : Absence

CULTURES

CULTURE : STERILE STERILE (01/06/22)

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste
Rond-point Sidi Maarouf Casablanca
Tél: 0522 33 52 09 / 0668 15 24 24
Fax: 0522 33 52 71