

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricule : 00774

Société : 124509

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : BEN YAHIA ABDELLAH

Date de naissance : 1949

Adresse : 186 Lotissement Flonda

Tél. : 05 22 20 45 45 Total des frais engagés : 200,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 30/06/2012

Nom et prénom du malade : Mr Ben YAHIA ABDELLAH

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/07/2012

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
30/06/21	A	1	6	DR. M'hamed LEBEDEFF Chirurgien Urologue 24 Rue de l'Assassin Bourgogne 22274 17123 Tél: 03 22 274 17 123

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	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ICE : 00168167 MAAROUF 40605866 000016 SS : 986124 - RP : 36159885 RC : 410236	30/06/21	B 150	201 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHÉRENT

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.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Coefficient des Travaux
				<input type="text"/>

Docteur M'hamed LEMSEFFER

CHIRURGIEN UROLOGUE

Endoscopie et Chirurgie des Reins
et des Voies Urinaires

Greffes Rénale

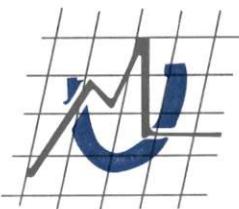
Lithotripsie Extra Corporelle

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 والعقم

خريج كلية الطب بمونبولي

رئيس سابقًا لمصلحة جراحة الكلية

والمسالك البولية بالمستشفى الجامعي بمونبولي

عضو الجامعة الفرنسية لجراحة المسالك البولية

Casablanca, le

30/06/12 الدار البيضاء في

N° Bey alif

Al Menafir

E C B U -

CN55 : 986-324-RC : 420238
TF : 4060396-11P : 3519885
Tél : 0522 335 219
LABORATOIRE SIDI MARROUF

Dr. M'hamed LEMSEFFER
Chirurgien Urologue
24 Rue El Alloussi Bourgogne - CASA
Tél: 05 22 27 41 17 / 05 22 49 23 80

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

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

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 : 00166-292001016
IF : 40608866 - TP : 36159885
CNSS : 986124 - RC : 410236

Montant du prélèvement : 0,00

Total en dirhams à payer: 201,00



LABORATOIRE SIDI MAAROUF

مختبر التحاليل الطبية سidi معرف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

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

Dr. Ghizlane HADDIOU
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 : 1/1

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 HADDIOU
Médecin Biologiste
Rond-point Sidi Maârouf - Casablanca
Tél: 05 22 33 52 09 / 05 22 78 03 20 / 05 22 33 52 71
Fax: 05 22 33 52 71