

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0020645

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 250 Société : A2762

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : ELAABBI FATTMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 0651986003 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Adresses Mails utiles

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

VOLET

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

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
<div data-bbox="65 670 470 907" data-label="Text"> <p>L.A.M.B. Laboratoire Bourgoigne d'Analyses Médicales 136 - Résidence de la Vallée - 84 - Bourgogne Tél : 05 22 20 81 07 - 05 22 20 80 99 Fax : 05 22 20 81 07</p> </div>	13-11-2011	B : 100	157,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

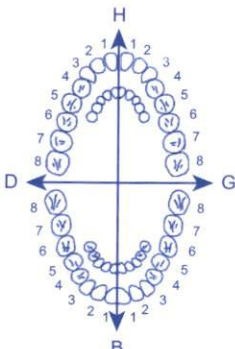
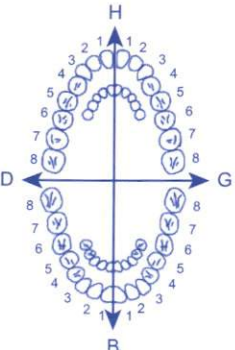
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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														
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<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		CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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'EXECUTION

Dr. Sanae GUEDDARI

Spécialiste en Rhumatologie
Maladies Ostéo-articulaires
Osteoporose - Colonne vertébrale
Faculté de Médecine de Rabat

- Diplôme en Echographie ostéo-articulaire
à la faculté de médecine de Rabat
- Diplôme en polyarthrite et maladies
Systémiques de la faculté de médecine
de Montpellier - France
- Ex-Médecin à l'hôpital El Ayachi Ibn Sina
Rabat



د. سناء كـثـاري

اختصاصية في أمراض
الروماتيزم - المفاصل - آلام الظهر
وهشاشة العظام
بكلية الطب - الرباط

- دبلوم الفحص بالصدى المتخصص
في المفاصل بجامعة الطب بالرباط
- دبلوم في أمراض الروماتيزم
والطب الباطني بجامعة
مونبوتلي - فرنسا
- طبيبة سابقة بمستشفى العياشي
ابن سينا - الرباط

Casablanca , le : 21-04-2022 : في : الدار البيضاء.

ABSS Intime

EPP

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgoine D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgoine
Tel.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa

DR. SANA GUEDDARI
RHEUMATOLOGUE
BO. GRAND CEINTURE 302 75
KAY MOHAMMADI CASABLANCA TEL: 05 22 62 89 32

LABORATOIRE BOURGOGNE D'ANALYSES MEDICALES

136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne

Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100

@ : labobourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 220002487

INPE : 093064731



093064731

Casablanca le 23-07-2022

IF: 15231383

N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053

N°CNSS: 4430534

Mme Fatima ABSI

Demande N° 2207230007

Date de l'examen : 23-07-2022

Analyses :

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0114	Electrophorèse des protides	B100	B

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 151.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante et un dirhams

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen Bld. Bourgogne
Tél. : 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax : 0522 20 81 00 - Casa

**LABORATOIRE BOURGOGNE
D'ANALYSES MEDICALES
ET SCIENTIFIQUES**

DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR

Médecin spécialiste en biologie clinique
et analyses médicales



**مختبر بورغون
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بلامين شرفي كوثر
طبيبة إختصاصية في البيولوجيا السريرية
و التحاليل الطبية

L.A.M.B.

Mme ABSI Fatima

Code Patient : 1704100009

Prélèvement du : 23-07-2022
externe

Médecin : Dr Gueddari Sanae

Edition : 26-07-2022

BIOCHIMIE SANGUINE

ELECTROPHORSE DES PROTEINES SERIQUES

Résultat

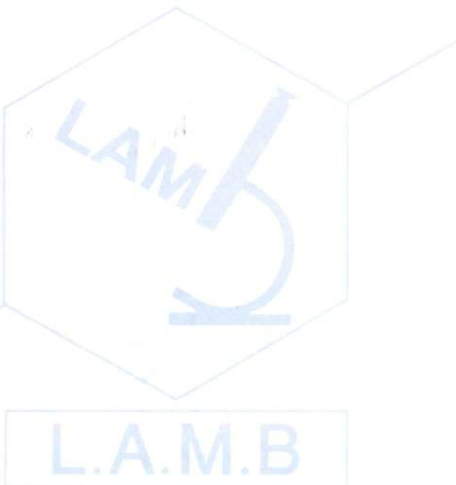
Merci de voir le compte-rendu ci-joint

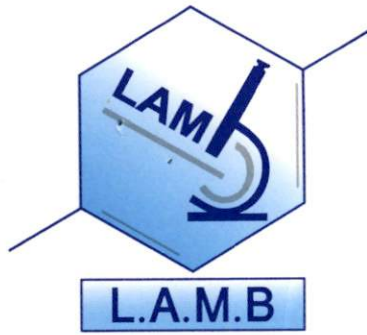
Validation Biologique par : Medecin Biologiste

INPE :097164701

L.A.M.B.

Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 / 0522 20 80 99
Fax : 0522-20 81 00 - Casa



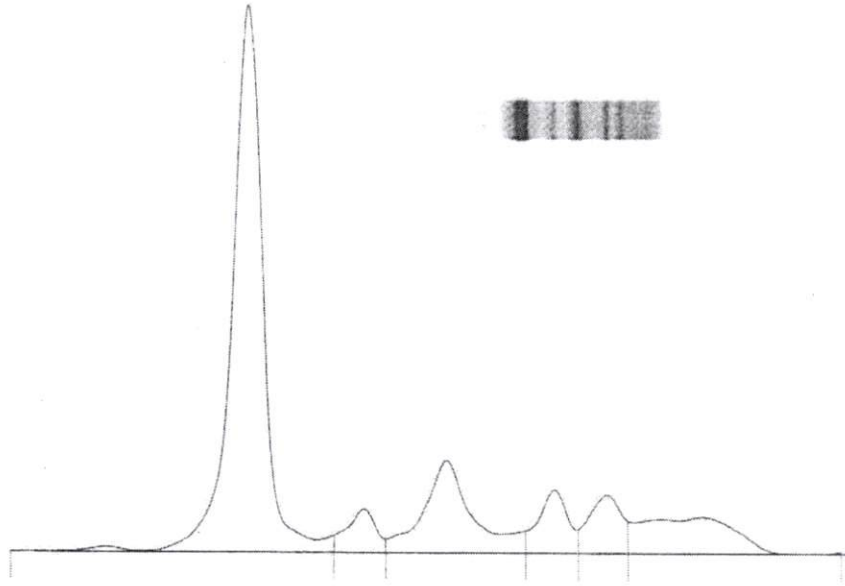


Dossier N° : 220723220241
Nom : ABSI Fatima
Echantillon N° : 21

Examen du : 25/07/2022
Prescripteur: BOUR

Electrophorèse des protéines sériques

Technique capillaire : Capillars 2 flex piercing



Nom	%	Normales %	g/L	Normales g/L
Albumine	57,3	55,8 - 66,1	42,4	40,2 - 47,6
Alpha 1	4,2	2,9 - 4,9	3,1	2,1 - 3,5
Alpha 2	15,2	7,1 - 11,8	11,2	5,1 - 8,5
Beta 1	6,0	4,7 - 7,2	4,4	3,4 - 5,2
Beta 2	6,2	3,2 - 6,5	4,6	2,3 - 4,7
Gamma	11,1	11,1 - 18,8	8,2	8,0 - 13,5

Rapp. A/G : 1,34

P. T. : 74 g/L

Commentaire : Augmentation des alpha2

L.A.M.B.

Laboratoire Bourgogne D'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél.: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax : 0522 20 81 00 - Casa

LE BIOLOGISTE

Adresse : 136, Résidence Belhacen , Bd. Bourgogne - Casablanca

Tél. : 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - Fax : 05 22 20 81 00

Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com

site web : www.labobourgogne.com