

# 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 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° P19-0031869

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1259 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : NASR SALAH  
Date de naissance : 01.01.1952  
Adresse : rue 33 N° 36 ALIA 1. OULFA - CASA  
Tél. : 06 62 80 73 55 Total des frais engagés : 748,20 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 SEP 2022  
Nom et prénom du malade : NASR SALAH Age : 70  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : Spine  
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 : CASA Le : 26/09/2022  
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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 2 SEPT 2022     |                   | 3                     | 130004                          |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |
|                 |                   |                       |                                 |  |

# EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date       | Montant de la Facture |
|--|------------|-----------------------|
|  | 22/09/2022 | 322,60                |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |
|  |            |                       |

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date     | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|   | 23/09/22 | 690                          | 125,60 dh              |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |
|   |          |                              |                        |

# AUXILIAIRES MEDICAUX

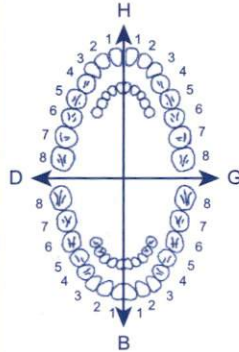
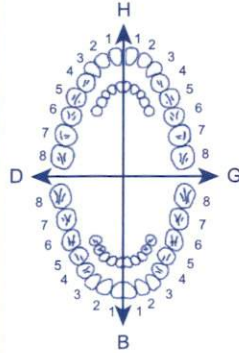
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |    |    |    | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|----|----|----|---------------------------------|
|                                  |                | AM     | PC | IM | IV |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

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

## Important :

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"> <tr> <td>H</td> <td></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>B</td> <td></td> </tr> </table> |                  | H  |  | 25533412 | 21433552 | 00000000 | 00000000 | D | G | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B |  |  | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
|   | H  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 25533412   | 21433552         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | D  | G                |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 00000000   | 00000000         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | 35533411   | 11433553         |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | B  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>      |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   | [Création, remont, adjonction]   |                  |  | DATE DU DEVIS <input type="text"/>           |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
| Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession                                |  |                  | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |
|   |  |                  |  |  |          |          |          |          |   |   |          |          |          |          |   |  |  |  |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# Professeur EL MRINI M

## Chirurgien Urologue

Membre de la Société Internationale d'Urologie

الدكتور المريني محمد  
أستاذ في جراحة الكلى والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلى والمسالك البولية

Casablanca, le 22 SEP. 2022

« NATA » Liana

79,50 x 2

TENANT Day

14 de m x 2m

32,90

Cloden Day

14 x 24

96,00

MAZU

34,70

Quipam

144

41

3510

1/2 y de m

322,60

LOT: 12822007  
PER: 06/2025  
PPU: 79,50 DH

LOT: 12822007  
PER: 06/2025  
PPU: 79,50 DH

PPV  
LOT 32,90

PPV: 96DH00  
PER: 06/24  
LOT: L1070-1

PPV: 34DH70  
PER: 05/25  
LOT: L1922

PHARMACIE OUED TANSIFT  
Aja 1, Rue 27 N°94 bis  
El Oulia - Casablanca  
Tel 05 22 95 43 34

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd. Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80

**Professeur EL MRINI M**  
**Chirurgien Urologue**

*Membre de la Société Internationale d'Urologie*

**الدكتور المريني محمد**

أستاذ في جراحة الكلي والمسالك البولية  
عضو الجمعية العالمية لجراحة  
الكلي والمسالك البولية

Casablanca, le 22 SEP 2022

u N R R L m m

22/9/22

Laboratoire d'Analyses  
Médicales TENSIFT  
· Dr. ALLABOUCH Hafsa  
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE  
GROUPE "J" OULPA · CASABLANCA

Professeur EL MRINI Mohamed  
Chirurgien Urologue  
76, Bd Abdelmoumen - Casablanca  
Tél: 05 22 25 36 36 - Fax: 05 22 25 88 80

0697584660

# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT

276, Boulevard Oued Tensift, 1er étage  
OULFA  
CASABLANCA

Dr. Hafsa ALLABOUCHE  
Médecin Biologiste

Tél. : 0522 90 90 20 - Fax : 0522 90 90 21

Casablanca le vendredi 26 septembre 2008 Homme NASR SALAH

|                                    |       |     |              |
|------------------------------------|-------|-----|--------------|
| FACTURE N°                         | 31693 |     |              |
| Analyses :                         |       |     |              |
| Cytobactériologie des urines ----- | B     | 90  | Total : B 90 |
| Prélèvements :                     |       |     |              |
| Flacon stérile-----                | K     | 0,5 |              |
| TOTAL DOSSIER                      |       |     | 125,60 DH    |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Cinq Dirhams et Soixante Centimes

**Laboratoire d'Analyses  
Médicales TENSIFT**  
Dr. ALLABOUCHE Hafsa  
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE  
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA



مختبر التحليلات الطبية تانسيفت

Laboratoire d'Analyses Médicales Tensift

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

د. حفصا علابوش  
Dr. Hafsa ALLABOUCHE  
Médecin Biologiste

Ancienne Interne des Hopitaux de Lille - France  
DU Antibiothérapie et Chimiothérapie anti-infectieuse-Lille  
DU Qualité et Accréditation en Biologie Médicale-Lille

Dossier ouvert le : 23/09/22  
Prélèvement effectué à 08:59  
Edition du : 24/09/22

Homme NASR SALAH

Né (e) le : 01011952

MOHAMED EL MRINI

Réf. : 2211AD



Page : 1/1

### MICROBIOLOGIE

#### EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Culture sur milieux CLED, Chapman)

|                                |                                      |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Modalité de prélèvement -----: | Prélèvement effectué au laboratoire. |
| Traitement antibiotique -----: | Absence d'antibiothérapie.           |
| Culot -----:                   | Rare.                                |

#### EXAMEN CHIMIQUE ( Recherche)

|                                 |          |
|---------------------------------|----------|
| Aspect -----:                   | Clair.   |
| Couleur -----:                  | Jaune.   |
| Sang -----:                     | Absence. |
| Sucre -----:                    | Absence. |
| Protéines -----:                | Absence. |
| Acétone -----:                  | Absence. |
| Nitrites -----:                 | Absence. |
| PH (Potentiel hydrogène) -----: | 7        |

#### EXAMEN CYTOLOGIQUE

07/03/2022

|                   |   |         |         |
|-------------------|---|---------|---------|
| Leucocytes -----: | 1 | 10 3/ml | < 10000 |
| Hématies -----:   | 1 | 10 3/ml | < 10000 |

|                              |          |
|------------------------------|----------|
| Cellules épithéliales -----: | Rares.   |
| Cylindres -----:             | Absence. |
| Cristaux -----:              | Absence. |
| Levures -----:               | Absence. |
| Trichomonas -----:           | Absence. |

#### EXAMEN APRES COLORATION

|                           |                    |
|---------------------------|--------------------|
| Coloration de gram -----: | Absence de germes. |
|---------------------------|--------------------|

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

|                 |           |
|-----------------|-----------|
| Cultures -----: | Stériles. |
|-----------------|-----------|

Laboratoire d'Analyses  
Médicales TENSIFT  
Dr. ALLABOUCHE Hafsa  
267, BD OUED TENSIFT 1<sup>er</sup> ETAGE  
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

267, Boulevard Oued Tensift Groupe "J", 1er étage - Oulfa - 20220 Casablanca

Tél. : 05 22 90 90 20 - Fax : 05 22 90 90 21 - laboratoiretensift@gmail.com - www.laboratoiretensift.ma

CNSS : 9720732 Patente : 36017172 IF : 14474751 ICE : 001684731000025