

## 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

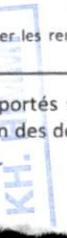
- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

N° W21-611238

134583

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	07854	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KHADDA BRAHIM			
Date de naissance : 20/11/1969			
Adresse : KUE 3 N° 320 AL AZHAR			
AHL LOUGHLEM BERNOUSSI			
Tél. : 0673715369	Total des frais engagés : 943,00 Dhs		

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : 14/9/2022			
Nom et prénom du malade : KHADDA BRAHIM			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Infectieuse virale			
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.			

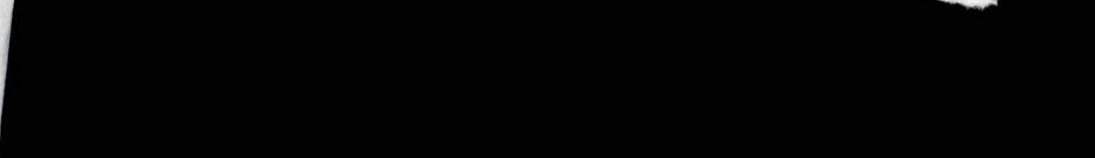
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASA

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : 16/09/2022





EXÉCUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	23.05.2021	420,60
	14.09.2021	243,10

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	6/12/2018	Dr BIAL Manane	Montant des Honoraires
		8 Trouche 14 Log. 15 Al Azhar Sidi Bennourssi Casablanca	806,00
		Tel : 05 22 73 15 58	

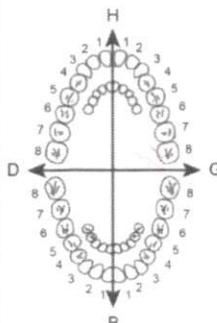
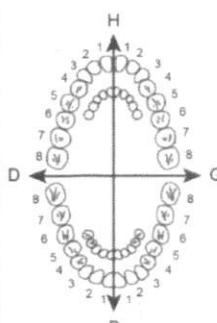
AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		

# 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.

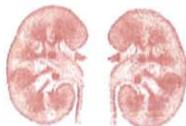
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
ODF PROTHÉSES DENTAIRES		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H	25533412	21433552	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>
	D	00000000	00000000	
	G	00000000	00000000	
	B	35533411	11433553	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession				
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				
DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 30px; border: 1px solid black;" type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Fatima Fatnane

## Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein Rein Artificiel



الدكتورة فاطمة فتنان

## الكلمة الاصطناعية اختصاصية أمراض الكلى

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Ancienne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane

دكتورة ساليقة جستخشفي ابن وشد  
ليبيسة مصلحة تصفيية الدم سالياقة  
ستخشفي ابن امسعيك سيدى عثمان

## ORDONNANCE

## Casablanca, le

blanca, le

Hay 3  
22 55 62 98

tel: 00

Nom/Prénom :

Zielen A. Spölle

K.H.A.D.D.A. BtSsaw

124.80

124.80  
Ares 5000  $\text{S.L.} = 1 \text{ CP} \alpha_2 / -\alpha_5 j$   
de GRANDE PHARMACIE ARAFAI

36.60

Bf estérile =  $\frac{1}{4} \cdot \frac{1}{2} \cdot \frac{1}{2}$

55, 0

99,00  Ikelo 40 - Up to Sale

Gainsou

Farhatine 3 N° 81  
Bd. Mohamed Bouziane  
Hay SALAMA -CASABLANCA  
Tél: 05 22 55 62 98  
Fax : 05 22 56 94 77

فروختين 3 رقم 81  
شارع محمد بوزيان  
حي السلام - البيضاء  
الهاتف: 05 22 55 62 98  
الفاكس: 05 22 56 94 77

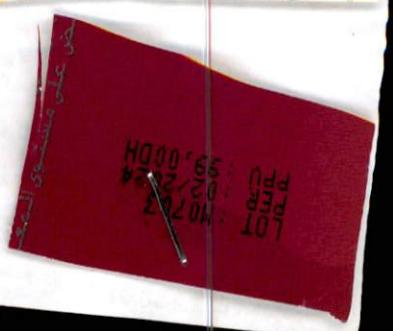
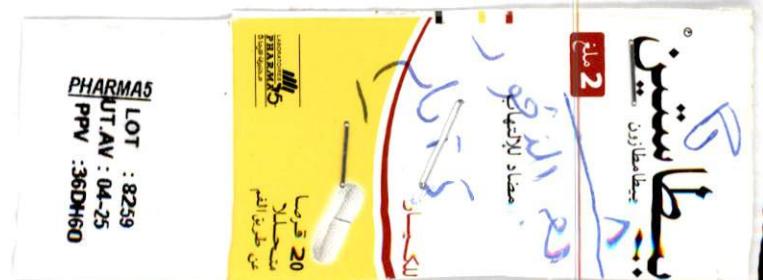
Sti 70L

10

P x 2

Jan

~~Farhatine Dialyse~~  
Farhatine 3, Farhatine 3, Farhatine 3  
Tel: 05 22 56 62 98 Fax: 05 22 56 94 77

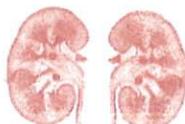


Dr. Fatima Fatnane

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein  
Rein Artificiel

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Ancienne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane

الدكتورة فاطمة فتنان



اختصاصية أمراض الكلى  
الكلية الإصطناعية

دكتورة سعادية بوعشيق ابن وشد  
بفاسة مصلحة تصفية الدم سابقا  
مستشفى ابن ابي سعيد عثمان

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 23/9/22

Nom/Prénom :

ZIAD ANT BTISSAM  
EPouse KITADDA.

- Requiert une Soie

- Dure forte

1 mois / 15 jours

x 3 mois

Farhatine 3 N° 81  
Bd. Mohamed Bouziane  
Hay SALAMA -CASABLANCA  
Tél.: 05 22 55 62 98  
Fax : 05 22 56 94 77

فرحتين 3 رقم 81  
شارع محمد بوزيان  
حي السلام - البيضاء  
الهاتف: 05 22 55 62 98  
fax: 05 22 56 94 77

55. Amoxicil

Log S.V.

154

250 S.V.

x 5 j

182,20

Zelbien

49,80

1 poise

FLAGYL 500 mg  
CP PEL 820  
P.P.V : 480H00

PER: 11/11/2026  
6 118000 060062

500

192,00

mis flugyl

123,60

1 CP

S.V.

1 week 40

1 CP/j

x 1 week

(+)

SYNTHAMEDIC  
22 rue zoubair boun al aquam roches  
noires casablanca  
INEXIUM

40 mg Cpr GR  
Boite 14

641150MP/21INRQ P.P.V:123,60H  
6 118001 020607

PPV  
LOT  
PER:

55.00  
649392  
03/24

ER LES DOSES PRESCRITES

FATNANE  
Dialyse  
Farhatine 3 N° 1 Bd Mohamed Bouziane  
Hay Salama Casablanca  
Tél: 05 22 55 62 98 - Fax: 05 22 56 8111

# Dr. Fatima Fatnane

Spécialiste Néphrologie Maladies du Rein  
Rein Artificiel



الدكتورة فاطمة فتنان

Ancienne Médecin du C.H.U Ibn Rochd  
Ancienne Chef Service de Dialyse  
Hôpital Ben Msik Sidi Othmane

اختصاصية أمراض الكلى  
الكلية الإصطناعية

دكتورة سبابقة بمستشفي ابن رشد  
بيسة مصلحة تصفيية الدم سابقا  
ستشفي ابن امسيك سيدى عثمان

## ORDONNANCE

Casablanca, le : 14/09/2022

Nom/Prénom :

ZI OU A.N.A. BISSAM  
ep. KHADDA .  
vitamine D (25) 01+

Dr BIAZ HANANE  
8 Franche 14, Lot N° 15 Al Azhar  
Sidi Boumoussi - Casablanca  
Tél : 05 22 79 15 68

Boîte pyloï  
CRP .

Prot en urine

24 h

Dr. Fatima FATHNANE  
Néphrologie - Dialyse  
Bouziane 3 - Sidi Boumoussi - Casablanca  
Tél: 05 22 79 15 68 - Fax: 05 22 79 04 77



Dr. Biaz Hanane

Biogiste Responsable

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Biochimie - Biologie de la reproduction

Casablanca le 16 septembre 2022

Madame ZIOUANA BTISSAM

FACTURE N° 20719

## Analyses :

Protéines de 24h -----	B	30	
Vitamine D -----	B	400	
Protéine C réactive -----	B	100	
Sérologie de Helicobacter pylori -----	B	180	Total : B 710

## Prélèvements :

Sang -----	Pc	1,5	
------------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 806,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cent Six Dirhams

**LABORATOIRE CASABIO**  
**Dr Biaz Hanane**  
 8 Tranche 14, Lot N° 15 Al Azhar  
 Sidi Bernoussi - Casablanca  
 Tel : 05 22 73 15 58



Dr. Biaz Hanane  
Biogiste Responsable

Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Biochimie - Biologie de la reproduction

Dossier ouvert le : 16/09/22  
Prélèvement effectué à 10:12  
Edition du : 22/09/22

Madame ZIOUANA BTISSAM

Préscripteur:  
Réf. : 22I226

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE URINAIRE

		Normales	Antériorités
Protéines de 24h ----- :	300 * mg/24 h		< 160
Diurèse ----- : (sous réserve d'un bon recueil)	1 000 ml		

VITAMINES

Vitamine D ----- :	15 ng/ml
--------------------	----------

*carence en vitamine D: < 10 ng/ml  
Insuffisance en vitamine D: 10 à 30 ng/ml  
Possible intoxication: > 150 ng/ml*

IMMUNO / SEROLOGIE

Protéine C réactive ----- :	11 * mg/l	< 6
Helicobacter pylori ( Titre)----- :	1,41 U/ml	
Elisa : vidas		
Interprétation:		
seuil : 1		
<0,75 : négative		
>=0,75 <1 : Equivoque		
>1: Positive		

LABORATOIRE CASABIO  
Dr Biaz Hanane  
8 Tranche 14 Lot N°15 Al Azhar  
Sidi Bernoussi Casablanca  
Tél : 05 22 73 15 58