

# 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

M22- 0011685

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11576

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : GOTNI HICHAM

Date de naissance : 18-01-76

Adresse :

Tél. : 0707 388434

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH  
PEDIATRE  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 0522 25 15 32

Cachet du médecin :

Date de consultation : 22 / 10 / 22

Nom et prénom du malade : GOTNI AYO Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☒ Enfant

Nature de la maladie : vulvite / 5ème

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) :

## VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0011685

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :



# 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
22/10/22			250 DH	Dr. Zineb LAHLOU BELLAHIA PEDIATRE Val Fleuri Casablanca Tél: 05 22 25 25 32

# 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
LABORATOIRE STENDHAL VAL FLEURI 37, Rue George Sand CASABLANCA Tél: 05 22 25 59 77 / 76 - 05 22 98 43 51	26/10/22	B.150	201,00 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														
				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 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		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			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

# VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste  
des maladies du Nourrisson  
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32  
SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1,  
Ain sebaâ Casablanca  
Oroken 100mg/ml  
gr 11 40 ml  
P.P.V : 119,30 DH  
5 118001 080052

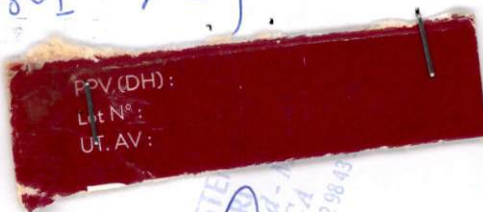
Casablanca, le 26 10 22

GOUTNI AYA



ECBU (SUP ED)

2252



Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH  
PEDIATRE  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 05 22 25 15 32

LABORATOIRE STE  
VAL FLEURI  
37, Rue Georges Sand - N  
CASABLANCA  
Tél: 05 22 25 59 77 / 05 22 98 43

Docteur Zineb LAHLOU BELLAMLIH

Spécialiste  
des maladies du Nourrison  
et de l'Enfant



Téléphone : 05 22 25 15 32  
SMS : 06 77 77 25 74  
dr.zineb.lahlou@gmail.com

Casablanca, le

22/10/22

Aya GOMI:

- Dolipram 200 :

3h } 1 suppo  $\times 4/8$

- Bon feu :

1 cāu

$\times 3/8$

(3)

- Orakim 100 :

Dose 13

$\times$

$2/8$

(7)

- Entene germin

$\times$

$2/8$

(5)

Dr. Zineb LAHLOU BELLAMLIH  
PEDIATRE  
Val Fleuri Casablanca  
Tél: 0522 25 15 32



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES STENDHAL

37, Rue GEORGE SAND (RDC) VAL FLEURI. CASABLANCA . Tél. : 0522 25 59 77 / 76.

0522984351

PATENTE N: 35803767 - CNSS : 6644109 . INPE: 093001329

IGR: 42200812 - ICE: 001714856000092

MIYA CHRAIBI

Pharmacien Biologiste

Casablanca le 26 octobre 2022

Enfant GOUTNI AYA

FACTURE N°	3737
------------	------

Analyses :

Ex.Cytobactério des urines+Antibiogramme -----	B	150	Total : B 150
--	---	-----	---------------

TOTAL DOSSIER	201,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Un Dirhams

LABORATOIRE STENDHAL

VAL FLEURI

37, Rue George Sand - Maârif  
CASABLANCA

Tél: 05 22 25 59 77/76 - 05 22 98 43 51

**Miya CHRAIBI**

Pharmacien Biologiste  
Diplômée de l'Université de Montpellier  
Ancienne Interne au CHU de Montpellier  
D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté de Pharmacie Paris V

Dossier ouvert le : 26/10/22

Prélèvement effectué à 14:18

Edition du : 29/10/22



**Enfant GOUTNI AYA**

Docteur ZINEB LAHLOU BELLAMLIH

Réf. : 22J413

CIN/Passeport :

Page : 1/1

**Compte Rendu d'Analyses**

**EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES (ECBU)**

**EXAMEN MACROSCOPIQUE**

ASPECT	:	Clair.
PH URINAIRE	:	6,0
GLUCOSE	:	Négatif.
PROTEINES	:	Négatif.
LEUCOCYTES	:	Négatif.
SANG	:	Négatif.
CORPS CÉTONIQUES	:	Négatif.
NITRITES	:	Négatif.
BILIRUBINE	:	Négatif.
UROBILINOGENE	:	Négatif.

x	:	Faiblement positif
xx	:	Moyennement positif
xxx	:	Fortement positif

**EXAMEN DIRECT A L'ETAT FRAIS**

HEMATIES	:	2 000	/ml	N : Inf. à $5.10^3$
LEUCOCYTES	:	8 000	/ml	N : Inf. à $10^4$
CELLULES ÉPITHÉLIALES	:	Rares.		
CELLULES RONDES	:	Absence.		
CYLINDRES	:	Absence.		
CRISTAUX	:	Absence.		
GERMES	:	Pas vu.		
LEVURES	:	Pas vu.		
PARASITES	:	Pas vu.		

**EXAMEN APRES CULTURE SUR MILIEUX SPECIFIQUES**  
**CULTURE STERILE.**

**MIYA CHRAIBI**  
Pharmacien Biologiste

**Prélèvement à domicile sur rendez-vous**