

# 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.



159824  
Déclaration de Maladie : N° S19-0046204

Maladie  Dentaire  Optique  Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4236 Société : RATM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre :  
 Nom & Prénom : HAKKAT Ubla Date de naissance : 25/06/1974  
 Adresse : Dr Dak, Rue Tlatzouki - Cil - Cas  
 Tél. : 0663444000 Total des frais engagés : 200,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 09/02/2023  
 Nom et prénom du malade : Age :  
 Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant  
 Nature de la maladie : Leucémie  
 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 : Casablanca Le : 09/02/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

## 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

**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
09.02.13	C		Contrôle	
10.02.13	C		Contrôle	

**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
	09.02.13	B. kg. AS	209,00

**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 :**

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																
<p><b>(Création, remont, adjonction)</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	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



Date : 09/02/13

Nom et prénom : Hanakat wafa

Age : Sexe :  H  F

Renseignements cliniques :

#### HÉMATOLOGIE

- NFS
- RETICULOCYTES
- FROTTIS SANGUIN
- FER SÉRIQUE
- FERRITINE
- CTF
- CST

#### IONOGRAMME SANGUIN

- GLYCÉMIE
- HÉMOGLOBINE GLYQUEE
- Na<sup>+</sup>
- K<sup>+</sup>
- Ca<sup>++</sup>
- Cl<sup>-</sup>
- Phosphate
- Mg<sup>++</sup>
- Bicarbonates
- Urée
- Créatinine
- Acide urique

#### HÉMOSTASE

- TP
- TCA
- Temps de saignement
- AT III
- Fibrinogène
- INR
- D. Dimères

#### BILAN LIPIDIQUE

- Cholestérol
- HDL
- LDL
- Triglycerides

#### Autres

- B2 microglobuline
- Lipasémie
- Amylasémie
- Électrophorèse des protides
- Immunoelectrophorese des protides

#### BILAN HÉPATIQUE

- ASAT/ALAT
- PHOSPHATASES ALCALINES
- BILIRUBINE T-L-C
- GGT

#### Groupage SANGUIN et BILAN D'HÉMOLYSE

- ABO
- Rhesus
- RAI
- Coombs direct
- Haptoglobine
- LDH

#### IMMUNOLOGIE

- Ag HBS
- Ac anti HBS
- Ac anti HBC
- Ac anti HBE
- Ac anti HVC
- HIV
- TPHA / VDRL
- Facteur rhumatoïde
- Ac anti nucléaires
- Ac anti DNA
- Ac anti cardiolipines
- Ac anti transglutaminases
- Ac anti endomysium

#### EXAMEN DES URINES

- Protéinurie des 24h
- Électrophorèse des protéines urinaires
- Microalbuminurie
- ECBU

#### Thyroides

- TSH
- T3
- T4

Dr. Pr. H. AL MADINA  
Hématologie  
CLINIQUE  
Agrégee  
Oncologie  
AL MADINA  
77 40 à 49  
Tél. 0522 77 77 49

# Laboratoire LABIOMED d'Analyses Médicales

LABIOMED -S.N.C. - RC 92541 - IF 01022247 - CNSS 6007670 - Patente 30200179 - ICE 000231012000067  
Compte Banque Populaire - 190 / 780 / 21211 5575621 000 3 / 30 / Taha Houcine - Casablanca  
122, Bd d'Anfa - Quartier Racine - Casablanca - Tél. : 05 22 48.13.51 / 48.13.86 - Fax : 05 22 48.13.96

**Dr Jalil ELMANJRA**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Assistant des Hôpitaux de Dijon  
Ancien Interne des Hôpitaux de Strasbourg

**Dr Abdelaziz LEMSEFFER**

Pharmacien Biologiste  
Ancien Interne des Hôpitaux de Besançon  
D.I.U. de Biologie de la Reproduction

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

Casablanca le 9 février 2023

Mme HARAKAT WAFA

FACTURE N°	47852
Analyses :	
Cyto-bactériologie des urines -----	B 140 Total : B 140
<b>TOTAL DOSSIER</b>	
<b>200,00 DH</b>	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABIOMED  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522 48 13 51/86

Insémination • Fécondation in vitro • Micro-injection (ICSI)



**Mme HAKAKAT Wafa**

Dossier N° : 2351946

Dossier ouvert le : 09/02/23 - Edité le : 04/05/23

Page N° 1/1

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect : légèrement trouble  
Couleur : jaune  
Culot : moyen

#### EXAMEN BIOCHIMIQUE

pH : 7  
Corps cétoniques : Absence.  
Glucose dans les urines : Absence.  
Albumine : Absence.

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	: 5 000	é/lts/ml	N : < 1 000
Hématies	: 40 000	é/lts/ml	N : < 1 000
Cellules épithéliales	: Rares.		
Cristaux	: Absence.		
Cylindres	: Absence.		
Parasites	: Absence.		
Levures	: Absence.		

#### EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct : Négatif  
Examen après culture : cultures stériles après 24 h

Dr Jalil ELMANJRA

Dr Abdelaziz LEMSEFFER

مختبر التحليلات الطبية  
**LABIOMED**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
122, Bd. D'Anfa Quartier Racine  
Casablanca - Tél: 0522 48 13 33 98