

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

- 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'Unité
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-011166

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7343 Société : DAM
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : DAMEER Mohamed
 Date de naissance : 21/02/1964
 Adresse : HAY SNABA 1 RUE 15 N° 21
 Tél. : 0668 194347 Total des frais engagés : 850,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Dr. Ouissal DIOURI
 Médecin Généraliste
 Echographiste
 10 Addamane Bd. Addakhia GHSA imm. 955 M
 Date de consultation : 01/06/2023
 Nom et prénom du malade : DAMEER Mohamed Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Affection digestive
 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 fournis sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : CASABLANCA Le 01/06/2023
 Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
01/06 2023	C	1	150 D12	Dr. Ouissal DIOUM Médecin Généraliste Télégraphiste Lot Addamane Sd. Addakhia GHSA Imm. 055 N°4 Casablanca Tél.: 0722 27 20 48

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
	09/06/23	B 700.	700000H

AUXILIAIRES MEDICAUX

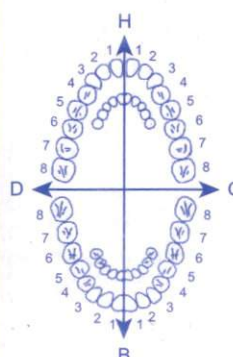
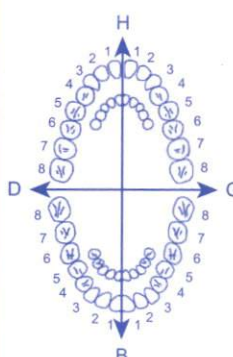
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 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 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> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																		
																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Ouissal DIOURI

MEDECIN GENERALISTE

Spécialiste en Echographie

الدكتورة وصال الديوري

أطباء العام

أخصائية الفحص بالصدى (التلفزة)

Casablanca, le : 01 06 2023 : الدار البيضاء

DAMER mohamed

Helicobacter pylori

(test respiratoire)

LABORATOIRE STOMATOLOGIQUES
MEDICALES

Dr. Houda Othmani - Biologiste

N°2, Bd El Qods, Résidence El Qods

Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA

Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39

INPE: 093061596

Dr. Ouissal DIOURI

Médecin Généraliste

Echographiste

1. Addamane Bd. Addakhla GH9A Imm. 055 N°1

Tél.: 05 22 87 20 46

تجزئة الضمان، (امتداد شارع الداخلة) GH9A عمارة 055 رقم 1 - الدار البيضاء

Lot, Addamane, (Prologement Bd Addakhla) GH94 - Imm. 055, N°1 - Casablanca

Tél.: 05 22 87 20 46

Laboratoire OTHMANI D'Analyses Médicales

Dr. Houda OTHMANI

N°2 Res El Qods, Bd El Qods Quartier Omara, Ain Chock - Casablanca
Tél : 0522212211 - Fax : 0522212239 - E-mail : othmani.laboratoire@gmail.com

Facture



N° facture : 2023-3189

Edité le : 02/06/2023

Patient : Mr DAMER Mohamed

Date prélèvement : 02/06/2023

N° Dossier : 322750069

Analyses	Valeur en B	Montant
Recherche d'helicobacter pylori:test respiratoire	700	938,00
Total B	700	938,00
APB	0,0	0,00
Majoration de garde		
Total		700,00

LABORATOIRE D'ANALYSES
Dr. Houda OTHMANI - Biologiste
N°2, Bd El Qods - Quartier Omara - Ain Chock - CASABLANCA
Tél: 05 22 21 22 11 - Fax: 05 22 21 22 39
INPE: 093061596



LABORATOIRE OTHMANI D'ANALYSES MEDICALES مختبر عثمانى للتحاليل الطبية

(Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie-virologie - Hormonologie - Spérmiologie)



Casablanca , le 07/06/2023

Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 322750069 Pvt du: 02/06/2023- 8:44

Nom : Mr DAMER Mohamed

Age : 56 ans

Demandé par Dr : DIOURI OUISSAL

Page : 1/1

BACTERIOLOGIE.

RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI : Test respiratoire à l'uée 13C
(Spectrophotométrie IR: RICHEN IR -force 200)

DOB (T30 min - T0 min) : **84,41** delta % (Inférieur à 4)

Résultat : **Présence d'Helicobacter pylori**

Interpretations : DOB = T30 min - T0 min en delta % :

-Inf. à 4,00 Résultat négatif

-Sup ou égale à 4,10 : Résultat positif.

Demande validée biologiquement par Dr. Houda OTHMANI

Nous vous remercions de votre confiance
Prélèvement à domicile sur rendez-vous