

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>12382</u>	Société : <u>RAM</u>		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>HAJJOUBE WADE</u>			
Date de naissance : <u>15/11/85</u>			
Adresse : <u>Rue Laennec, Casab</u>			
Tél. : <u>0666928342</u> Total des frais engagés : <u>183441</u> DHS			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>20/10/2013</u>			
Nom et prénom du malade : <u>RR KLAOUZI B man</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>suivi de grossesse</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : <u>non</u>			
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) : 			

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
Consultation		300 DHT	INP : 091110783 Dr. Farhat Cabinet Médical Gynécologie et Endocrinologie

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. Farhat	20/01/2023	Echographie	300 DHT
LABORATOIRE VILLE VERTU D'ANALYSES MEDICALES ONE HILL BLOC LES ORCHIDEES, B RD C IMM 6 BIS, 20200 CASABLANCA	16/01/2023	B 27.0	386,80 D.

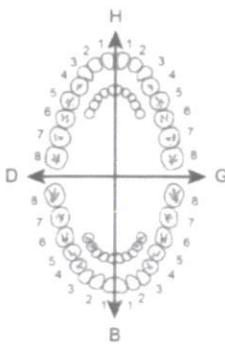
Tél : 08 08 60 14 62

AUXILIAIRES MEDICAUX

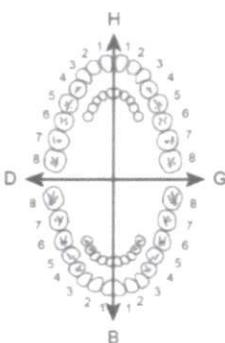
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
	00000000	00000000
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DEBUT
D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT
DES TRAVAUX

MONTANTS
DES SOINS

DATE DU
DEVIS

DATE DE
L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DOCTEUR AMINE BITITI
Ancien chef de clinique à la faculté de Médecine de Paris
Hôpital Cochin, Port - Royal
Praticien attaché à l'Hôpital International Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNÉCOLOGIQUE
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical Santéfam
100, Boulevard Ibn Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

Casablanca, le 20/10/2023

Mme REKLAOUI IMAN

Note d'honoraires

Consultation :	300 Dh
Echographie obstétricale de croissance	500 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de : 800 Dh
Huit cent dirhams

Le Docteur BITITI Amine est inscrit au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Grand Casablanca sous le numéro : 10 751. ICE : 002155120000023, IF : 15225929
Paiement par chèque accepté.

100, Bd Ibn Sina - Tel. 05 22 36 03 03
Gynécologie - Infertilité
Cabinet Médical Santéfam
Dr. DOCTEUR AMINE BITITI

Dr. Hind Lazrak

Biologiste

Université de Grenade / CHU Ibn Rochd

Mme REKLAOUI Iman

Date de naissance: 06-08-1985

Dossier N°: 20231116007



DR AMINE BITITI

Date de l'examen: 16-11-2023

BIOCHIMIE URINAIRE

COBAS C311 (ROCHE) – Lecteur automatique des Bandelettes (URIT 50) – F200 (SD BIOSENSOR)

Albuminurie (recherche)

Recherche négative

SEROLOGIES INFECTIEUSES

Cobas E411(ROCHE) – Alegria (ORGENTEC) – Techniques Immuno-chromatographiques – F200 (SD BIOSENSOR)

Sérologie de la Toxoplasmose (IgG)

08-08-2023

Titre:

<0.13 UI/mL (<1.00)

<0.13

Conclusion:

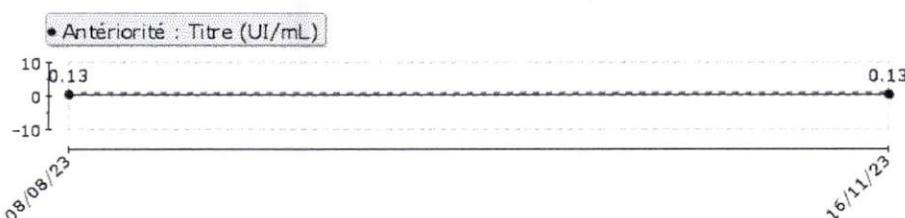
Absence d'anticorps spécifiques antitoxoplasmose. A contrôler tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse.

Interprétation des résultats :

< 1 UI/mL	Négatif
1 à < 3 UI/mL	Douteux
>= 3 UI/mL	Positif

LABORATOIRE VILLE VERTE

Les résultats suivants ont été obtenus avec le test Elecsys Toxo IgG. Ils ne sont pas interchangeables avec les résultats obtenus avec les tests d'autres fabricants.



Sérologie de la Toxoplasmose (IgM)

08-08-2023

Titre:

0.235 (<0.800)

0.263

Conclusion: Absence d'anticorps spécifiques anti-toxoplasmose (type IgM).

Interprétation des résultats :

< 0.80	Négatif
0.80 - 1	Equivoque
> 1	Positif

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B RDC
IMM 6 BIS, 20200 CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62

PRÉLÈVEMENT À DOMICILE SUR RDV : 0661 727 463

1/1



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES VILLE VERTE

Projet One Hill RDC du Bloc Les Orchidées B Bouskoura Casablanca MAROC

Tel: 06 61 728 463 - 05 22 780 102 - 08 08 601 462

IF 52334548 ICE 00313447000069

FACTURE N° : 20231116007

ORGANISME:

Mme Iman REKLAOUI

Date: 16-11-2023



Récapitulatif des analyses				
CN	Analyse	Clé	Clé	Total
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E25	E	25.00 MAD
0307	Toxoplasmose IgG	B100	B	134.00 MAD
0308	Toxoplasmose IgM	B150	B	201.00 MAD
	Albuminurie (recherche)	B20	B	26.80 MAD
Total				386.80 MAD

Total des B: 270

Montant total de la facture: 386.8 Dirhams.

Arrêtée la présente facture à la somme de **trois cent quatre-vingt-six dirhams quatre-vingts centimes.**

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62

Docteur Amine BITITI

Ancien chef de clinique à la faculté de médecine de Paris
Hôpital COCHIN - Port Royal
Praticien attaché à l'Hôpital Universitaire Internationale Cheikh Khalifa
CHIRURGIE GYNECOLOGIQUE
SPECIALISTE EN MEDECINE DE LA REPRODUCTION



Cabinet Médical santéfam
100, Boulevard Ibnou Sina Casablanca
Fixe : + 212 522 36 03 03
Portable : + 212 661 79 18 39
aminebititi@gmail.com

CASABIANCA, le 20/10/2023

Email :

ORDONNANCE

IMAN REKLAOUI né(e) le 06.08.1985
N° portable : 06 61 85 34 47

- 1) sérologie : Toxoplasmose Ig G et Ig M.
- 2) albuminurie sur échantillon.

Docteur Amine BITITI

Dr. AMINE BITITI
Cabinet Médical Santéfam
Gynécologue et fertilité
100, Bd Ibn Sina - Casablanca
09117023 - 0523 36 03 03

LABORATOIRE VILLE VERTE
D'ANALYSES MEDICALES
ONE HILL BLOC LES ORCHIDÉES, B RDC
IMM 6 BIS, 20200 - CASABLANCA
Tél : 08 08 60 14 62