

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



## Déclaration de Maladie

N° W21-811589

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3529 Société : 186048

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHAFCHAOUNI Mohamed

Date de naissance : 30.03.1947

Adresse : 37 Avenue Adolphe Hayat

Tél. : 0561372142 Total des frais engagés : 154,40 Dhs

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin

Dr. BEN SAAD Nadia  
Médecin Généraliste et Gynécologue  
55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 67 50 88  
INPE : 101168292

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13/09/2023

Nom et prénom du malade : CHAFCHAOUNI Ned Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : HSA AC - prothèse

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 : Rabat

Signature de l'adhérent(e) :

Chafchaouni





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
13/9/20	V		507,50	<p>Dr. BEN SAAD Nadia</p> <p>Médecin Généraliste et Gériatre</p> <p>55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat</p> <p>Tel : 05 37 61 50 88</p> <p>INPE : 101168292</p>

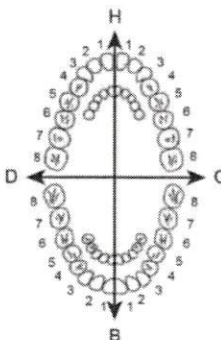
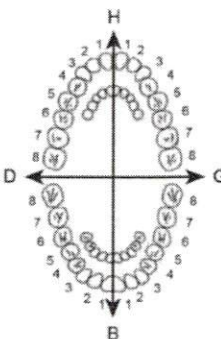
[illegible][illegible][illegible]

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>														
				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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<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	
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																	
					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

# Dr. Nadia BEN SAAD

Médecin Généraliste & Gériatre  
Diplômée de la Faculté de Médecine et  
de Pharmacie de Rabat  
Capacité en Gériatrie de la Faculté de  
Médecine de Nice Sophia Antipolis  
FRANCE  
Ancienne Interne des Hôpitaux  
de Nice FRANCE  
INPE : 101168292



الدكتورة نادية بن سعد  
اختصاصية في الطب العام وأمراض الشيخوخة  
خريجة كلية الطب والصيدلة بالرباط  
كفاءة في أمراض الشيخوخة بكلية الطب  
نيس فرنسا  
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات  
نيس فرنسا

Rabat Le : 13.09.23 الرباط ، في

Dr. CHAFCHADUNI Ned

ECBU 4- Anbiogram

Dr. M. ALDJOUN BENNIS  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Bio Guich  
INPE 103062576

Dr. BEN SAAD Nadia  
Médecin Généraliste et Gériatre  
55, Av Ibn Sina Apt 4, Agdal - Rabat  
Tél : 05 37 67 50 88  
INPE : 101168292



# LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BIOGUICH

Bloc 859 Guich des Oudayas.  
Tél : 05 37 56 15 01  
Fax : 05 37 56 16 38

Patente 27901678 IF 26081260  
ICE 002126858000095  
INPE 103062576

**FACTURE N° : 230004395**

TEMARA le 14-09-2023

**Mr CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI Mohammed**

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
	Examen cyto bactériologique des urines	B130	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 154.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante-quatre dirham cinquante centimes.

**Dr. M. ALDJOUN BENNIS**  
*Médecin Biologiste*  
Laboratoire Bio Guich  
INPE 103062576

Date du prélèvement : 14-09-2023 à 12:50

Code patient : 1809290014

Prescripteur :

Mr Mohammed CHAFCHAOUNI  
MOUSSAOUI

Né(e) le : 30-03-1947 (76 ans)



Dossier N° : 2309140041

## BACTERIOLOGIE

## EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

(Cultures sur milieux : CLED et Milieu Chromogènes OXOID)

Recueil :

Flacon sterile – prelevement realise hors laboratoire

Aspect :

Clair

15-08-2023

pH:

6.5

(4.5-7.8)

6.5

## Examen cytologique

Leucocytes :

100 / mm<sup>3</sup>

(0-10)

400

100 000 / ml

(0-10 000)

Hématies :

50 / mm<sup>3</sup>

(0-5)

200

50 000 / ml

(0-5 000)

Cellules épithéliales :

Rares

Cylindres :

Absence

cristaux:

Absence

Levures

Absence

Examen direct :

Présence de bacilles à gram négatif

## Examen bactériologique

Cultures :

Escherichia coli 100000UFC/ml

Conclusion:

Leucocyturie positive, bactériurie positive : infection urinaire.

Dr. M. ALDJOUN BENNIS  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Bio Guich  
INPE 103062576

2309140041 – Mr Mohammed CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI

## ANTIBIOGRAMME

**ANTIBIOGRAMME***Les noms de spécialités sont à titre indicatif***Nature de prélèvement**  
**Germe isolé**Urines  
***Escherichia coli*****Pénicillines****Amoxicilline**  
(AMOXIL®, CLAMOXIL®, AGRAM®, BACTOX®)  
**Amoxicilline-Acide clavulanique**  
(AUGMENTIN®, CLAVULIN®)**RESISTANT****RESISTANT****Céphalosporines****Céfuroxime**  
(ZINNAT® injectable et voie oral.)

Sensible

**Céfalotine**  
(CEFALOTINE®, KEFLIN®)

Sensible

**Céftriaxone**  
(ROCEPHINE®)

Sensible

**Céftazidime**  
(FORTUM®)

Sensible

**Carbapénèmes****Imipénème**  
(TIENAM®, IMIPENEM CILASTATINE®)

Sensible

**Aminosides****Gentamicine**  
(GENTAMYCIN®, GENTALLINE®)

Sensible

**Amikacine**  
(AMIKACIN MYLAN®, AMIKLIN®)

Sensible

**Quinolones et Fluroquinolones****Ciprofloxacine**  
(CIFLOX®, CIPRO®)

Sensible

Dr. M. ALDJOUN BENNIS  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Bio Guich  
INPE 103062576

2309140041 – Mr Mohammed CHAFCHAOUNI MOUSSAOUI

Divers

**Triméthoprine/Sulfaméthoxazole**

(BACTRIM®, CO-TRIM®)

Sensible

**Fosfomycine**

(FOSFOCINE®, MONURIL® traitement monodose par V.O)

**RESISTANT**

**Nitrofurantoïne**

(FURADANTINE®, FURAZIDE®,)

Sensible

**Colistine**

(COLIMYCINE®)

Sensible

Validé biologiquement par :

Dr. M. ALDJOUN BENNIS  
Médecin Biologiste  
Laboratoire Bio Guich  
INPE 103062576