

# 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.

## Diagnostique 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

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° P19-0006724

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4915 Société :  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
Nom & Prénom : KADIRI Yamina Date de naissance : 08.09.1946  
Adresse : 3, Rue Jabbar bnou Hayane Imp. Palmier  
Tél. : 06 68 77 33 87 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
Dr. ZOUBIDI ZINABIDIN Mohamed  
P. Agrégé - Cardiologie Interventionnel  
67, Rond Point de Marseille Oasis  
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35  
Mod. : +212 5 58 10 81  
Date de consultation : 08/09/2019  
Nom et prénom du malade : Mme KADIRI YAMINA Age :  
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
Nature de la maladie : ALFA  
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) :



# 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
01-08-19	CS			

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03/08/19	Bu	68,60
		IMP 293,00	1006

# AUXILIAIRES MEDICAUX

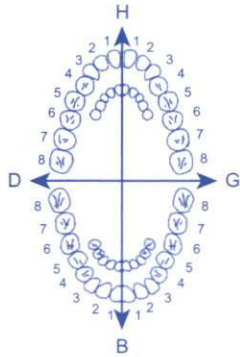
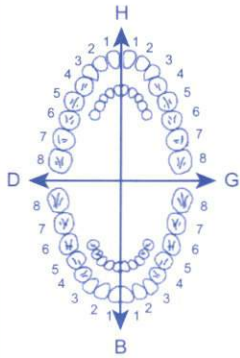
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				CCEFFICIENT 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>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td>B</td> </tr> </table>			H		H	25533412	00000000	21433552	D	00000000	G	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		H														
25533412	00000000	21433552														
D	00000000	G														
35533411	11433553	B														
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Centre Cardiologique  
Interventionnel

ZOUBIDI MOHAMED ZINABDIN  
Professeur Agrégé

# ORDONNANCE

Date : 01-08-2019

Mme KADARI YAMINA

- TP

- IQR

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUZZANI TOUHANI  
Biologiste  
384 Bd Zerkouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax 05 22 27 48 13

Dr. ZOUBIDI ZINABDIN Mohamed  
Pr. Agrégé - Cardiologie Interventionnel  
67, Rond Point de Marseille Oasis  
Casablanca - Tél. : +212 5 22 25 51 35  
Mob. : +212 6 69 58 10 81

Centre Cardiologique Interventionnel

67, Rond point de Marseille, Oasis - Casablanca - Tél. : +212 522 25 51 35 / GSM : +212 669 58 10 81  
E-mail : mz\_zoubidi@yahoo.fr / mz\_zoubidi@centrecardiologie.com / www.centrecardiologie.com



# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA



INP 093001006

394, Boulevard Zerktouni – Résidence le Casablanca – Bourgogne – CASABLANCA  
Tél : 0522 27 48 96 – Fax : 0522 27 49 13 – Patente : 35405458 – INP : 093001006  
CNSS : 6369949 IF : 40110273 – ICE : 001699292000019

**FACTURE N° : 190800059**

Casablanca le 03-08-2019

**Mme KADIRI Yamina**

Date de l'examen : 03-08-2019

## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E15	E
0236	Taux de prothrombine	B40	B

Total des B : 40

TOTAL DOSSIER : 68.60 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : soixante-huit dirhams soixante centimes.

CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUAZZANI TOUHAMI  
394 Bd Zerktouni - Casablanca  
Tél: 05 22 27 48 96 - Fax: 05 22 27 49 13





# CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA

## مختبر التحليلات الطبية

### Laboratoire de Biologie Médicale

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - IMMUNOLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - P.M.A.



د. هشام الوزاني التهامي

Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI

Pharmacien Biologiste

Ancien interne et Attaché au C.H.U. de Montpellier  
D.U. de Fertilité Humaine de la Faculté de Médecine  
de Montpellier - D.U. d'Assurance Qualité de la Faculté  
de Pharmacie Paris V



ACCREDITATION N° 8-4177

Portées disponibles  
sur [www.cofrac.fr](http://www.cofrac.fr)

Seuls les résultats identifiés  
par le symbole [AC] sont couverts  
par l'accréditation

Dossier ouvert le : 03-08-2019

Prélevé le : 03-08-2019

Edité le : 03-08-2019

Mme KADIRI Yamina

Réf dossier: 19080275

Dr MOHAMED ZOUBIDI ZINABIDIN

102 103 BD ANOUAL

Casablanca

Page N° : 1 / 1

## HEMOSTASE

Echantillon plasma citraté

Valeurs références

Antériorités

Sous traitement:

Sintrom

22-07-2019

Temps de Quick Témoin: 13.2 sec.

13.3

Temps de Quick Patient: >50.0 sec.

15.0

Taux de Prothrombine <10 %

82

INR : >11.00

1.13

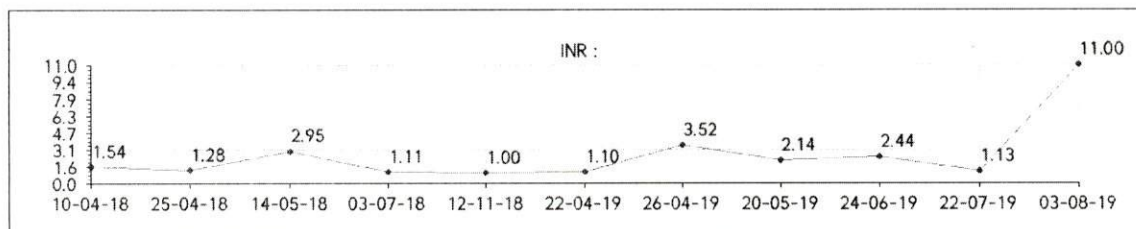
(Technique chronométrique)

Résultat contrôlé

Valeurs souhaitables :

INR : 2 à 3

INR : 2.5 à 4,5 : Prothèse valvulaire mécanique et prévention d'embolie systémique récidivante.



CENTRE DE BIOLOGIE DE CASABLANCA  
Dr. Hicham OUZZANI TOUHAMI  
Biologiste  
394, Bd Zerktouni - Casablanca  
Tél. 05 22 27 48 96 - Fax 05 22 27 49 13

Dr. Ouazzani

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

394, Bd. Zerktouni - Resd. Le Casablanca - Bourgogne - 20040 Casablanca Tél.: 05 22.27.48.96 / 05 22.47.29.46 / 06 61.79.86.18 - Fax: 05 22.27.49.13  
E-mail: [labocbc@gmail.com](mailto:labocbc@gmail.com) - Site web: [www.laboratoirecbcc.com](http://www.laboratoirecbcc.com) - INP: 093001006 - Patente: 35405458 - C.N.S.S.: 6368949 - IF: 40110273 - ICE: 001699292000019