

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

Nº W19-414092

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 8688 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Dr. A. A. Abdellah

Date de naissance : 22/01/67

Adresse : 10 Rue Mansoura - Casablanca

des hôpitaux

Tél. : 0661412693 Total des frais engagés : 950,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Docteur Abdellah AKIL

Spécialiste en Médecine Interne

Hay Inara 1, Rue 12 N°12 Ain Chock

Casablanca - 05 22 50 84 43

Date de consultation : 03/10/19

Nom et prénom du malade : BACHIRI Soumia Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjointe Enfant

Nature de la maladie : Syndrome dépressif - Hypertension artérielle

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 22/08/2019

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

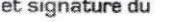
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
23.10.12	Oxy		300.00	INP : 1091101042319
				Docteur Abdellmalek AKIL Spécialiste en Médecine Interne 1 Bata 2 N°12 Ain Chock Hôpital 12-2505143

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
 Dr. BENNIS Nour Biologiste Tel : +212 522 21 50 82	9/10/19	0.600	650 DH.

AUXILIAIRES MEDICAUX

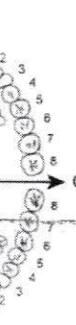
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

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	INP : <input type="text"/>
				
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	G	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
		00000000 35533411	B	<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS
		21433552 11433553		<input type="text"/> DATE DU DEVIS
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelmalek AKIL

Spécialiste en Médecine Interne

Echographie Médicale

Lauréat de la Faculté de Médecine de Casablanca

Tél. : 05 22 50 84 43

GSM : 06 69 73 51 33



الدكتور عبد المالك عاقل

اختصاصي في الطب الباطني

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالبيضاء

الهاتف : 05 22 50 84 43

المحمول : 06 69 73 51 33

وصفة الدواء Ordonnance

Casa le : 03.10.19 البيضاء في :

Nom : Soumia BACHIRI : الاسم

1 - Fermentation .

2 - Secheresse d'Ag d'HP dans les selles .

3 - NFS

Dr. ABDELMALEK AKIL

4 - Cholestérol élevé .

Triglycérides élevés .

5 - DTS

PLAT .



BACHIRI EP OUAHBI Soumia
F 14-01-1979



FERR 161004190002

Docteur Abdelmalek AKIL
Spécialiste en Médecine Interne
Hay Inara, Rue 12, N° 12 Ain Chock
Casablanca - 05 22 50 84 43



مخابر التحاليل الطبية Laboratoire d'analyses médicales

LABORATOIRE
AIN CHOCH

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermologie

Dr BENNIS Noor

Diplômée de la faculté de médecine et pharmacie de Rabat ainsi de la faculté CEU de Madrid
Ancienne résidente de l'Hôpital militaire MV de Rabat

Nom Prénom : Mme BACHIRI EP

OUAHBI Soumia

Né(e) le : 14-01-1979

Prescripteur : Dr AKIL ABDELMALEK

Édition du : 04-10-2019

Numéro de demande : 1803022012

Prélèvement à : 04-10-2019

Cher confrère, voici les analyses demandées ci-joint

BIOCHIMIE SANGUINE

11-06-2019

Ferritine
(Dosage CMIA)

25.2 ng/mL (15.0-150.0)

17.3

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87

Dr. BENNIS Noor

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars Résidence Al Majd, Imm I, 1^{er} étage N° 5, Casablanca
Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo_ain_chock@outlook.com

مخابر التحاليل الطبية Laboratoire d'analyses médicales

LABORATOIRE
AIN CHOCH

Hématologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie, Virologie
Immunologie, Hormonologie, Oncologie, Spermiose

Mme BACHIRI EP OUAHBI Soumia

BACTERIOLOGIE

Recherche d'antigènes de l'Helicobacter pylori dans les selles

Recherche d'antigènes

recherche positif

Recommandations:

Devant une recherche négative des antigènes de l'hélicobacter, il est recommandé de compléter le bilan par une sérologie dans les situations où les autres tests peuvent être mis en défaut comme dans le cas d'un : ulcère hémorragique, atrophie glandulaire, lymphome du MALT, utilisation récente d'antibiotiques ou d'IPP.

GARDE 24h/24h : Tél : 06 90 98 76 87

Dr. BENNIS Noor

173, Angle Bd Al Qods et Bd 2 Mars Résidence Al Majd, Imm 1, 1^{er} étage N° 5, Casablanca

Tél / Fax : 05 22 21 50 89 E-mail : labo_ain_chock@outlook.com 2



Nom prénom : Mme Soumia BACHIRI EP OUAHBI
Date de naissance : 14-01-1979
Prélèvement du : 04-10-2019 08:24
Référence : 1910042002
Prescripteur : Dr ABDELMALEK AKIL

ICE : 00 17 1 39 24 00 0036



097165385

INPE : 097165385

IF : 15235587

Facture – Relevé N° : 191000036

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA	Prélèvement sang adulte	E17	E
0154	Ferritine	B250	B
	Recherche d' antigènes de l'Helicobacter pylori dans les selles	B350	B
	Renseignement clinique	0	

TOTAL DES B : 600

TOTAL A PAYER : 650.00

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

six cent cinquante dirhams

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

