

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 canaux, 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 canaux.

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.



Declaration de Maladie

N° W19-519950

NO = 19569

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11419 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Houdier Latsen

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : Age :

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

Nature de la maladie :

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'at. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W19-519950

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute
réclamation ultérieure.

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Adresses Mails utiles

- 0 Réclamation : contact@mupras.com
- 0 Prise en charge : pec@mupras.com
- 0 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.

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Educations :

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 canaux, 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 canaux.

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

AUPRAS 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.



Déclaration de Mala

N° W19-410704

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 14419 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : HOUDER LAHS EN

Date de naissance : 15.06.1952

Adresse : 7 lot Hapid Allée des Lauriers

CAS A

Tél. : 06 61176147 Total des frais engagés : 594,55

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 20 NOV 2019

Nom et prénom du malade : ELOUAZZANI ACHNA

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint

Nature de la maladie : diabète et hypertension

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : non applicable

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel au médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : W19 Le 14.02.2020

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES				
tes des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
NOV. 2019	9		250 DH	INP 1 AZN 111111 OPHTALMOLOGUE 4eme Etage Tél / Fax 0520 15 15 Mustaj Abdennour

20 NOV. 2019

250 Dlx

IMP3 01/24/11
Mustapha
Boulevard
4eme Etage
Tél / Fax 0522 27 60 61

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 45, Av Hassan II Casa 2011/2015 100522.22.07.95	2011/2015	104,30

PHARMACIE PARISIENNE
Mme MEKOUAR OUMKALTOUM
45, Av Hassoun II Casa
05 22.22.07.95

20/11/2019

104.30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	22-11-19		70 dh

Cachet et signature du
Laboratoire et du Radiologue

Date _____

Désignation des Coefficients

Montant
des Honoraires

22-11-19

 70 du [illegible]

Cachet et signature
du Particien

Date des Soins

Nombre	
AM	PC

Montant détaillé
des Honoraires

AMK

PC

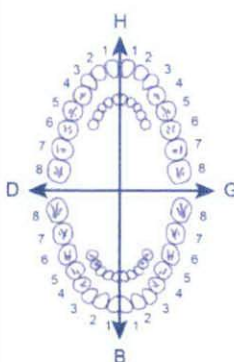
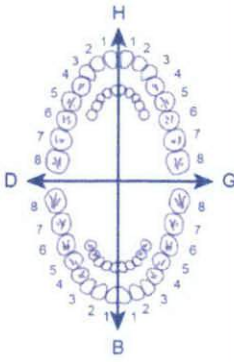
IM

IV

des

— VOLET ADHERENT

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

PROTHESES DENTAIRES		Traitées	Soins	Coefficient	INF :
					COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
					DEBUT D'EXECUTION
					FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX
					MONTANTS DES SOINS
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B				
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				DATE DU DEVIS
					DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTA

Dr. Mustapha AZHARI

*Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)*

*Laser Excimer - Strabisme
Contactologie*



الدكتور مصطفى أزهرى

اختصاصي في أمراض

وجراحة العيون

طبيب سابقا بمستشفيات

تولوز - فرنسا

جراحة بالليزر - علاج الحول

العدسات اللاصقة

20 novembre

Casablanca, le **2019**.....

Mme EL OUAZZANI Amina

ANGIODROP COLLYRE

74.00



1 GOUTTE X 3 PAR JOUR
DEUX YEUX

PENDANT 01 MOIS

AUX



ICOMB COLLYRE

30.30

1 goutte x 3 par jour pendant 03 jours

1 goutte x 2 par jour pendant 03 jours

1 goutte le matin pendant 03 jours , les deux yeux

104.30

OPHTALMOPOLYMER
PPV
74.00
ACIE PARISIENNE
OUAR OUMKALTOUM
Hassan II Casa
25.22.22.07.95

PPV : 30 DH 30



131. شارع عبد المومن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4^e Etage - N° 15 - Casablanca
Tél.: 05 22 47 30 38 - Tél./Fax : 05 22 27 60 61 / E-mail : azcmus2000@yahoo.fr

Dr. Mustapha AZHARI

*Spécialiste des Maladies
et de la Chirurgie des Yeux
Ancien Interne des hôpitaux
de Toulouse (France)*

*Laser Excimer - Strabisme
Contactologie*



الدكتور مصطفى أزهرى

*اختصاصي في أمراض
وجراحة العيون
طبيب سابقا بمستشفيات
تولوز - فرنسا*

*جراحة بالليزر - علاج الحول
العدسات اللاصقة*

20 novembre

Casablanca, le

2019

MME EL OUAZZANI AMINA

Analyses :

TS (TEMPS DE SAIGNEMENT)

TP - TCK

**LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES BACHKOU**

Dr. TAYEB Kenza
Médecin Biologiste

Hay Bachkou RCE Atlas 2 - N°3
Casablanca - Tél: 05.22.85.65.50

Dr. AZHARI Mustapha
OPHTALMOLOGUE
131, Boulevard Abdelmoumen
4eme Etage N°15 - CASA
Tél / Fax 05 22 27 60 61

131, شارع عبد المومن (زاوية زنقة كاليان) إقامة جوهرة عبد المومن - الطابق 4 - الرقم 15 - الدار البيضاء

131, Bd. Abdelmoumen (Angle Rue Galien) Résidence Jawharat Abdelmoumen - 4^e Etage - N° 15 - Casablanca

Tél.: 05 22 47 30 38 - Tél/Fax : 05 22 27 60 61 / E-mail : azamus2000@yahoo.fr

- Hématologie
- Bactériologie
- Virologie
- Immunologie
- Parasitologie
- Mycologie

FACTURE N° : 000002061

CASABLANCA le 22-11-2019

Mme EL OUAZZANI Amina

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	TCK	B40	B
	TP non traité	B40	B
	TS Ivy	B30	B

Total des B : 110

TOTAL DOSSIER : 170.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante-dix dirhams .

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BACHKOU
DR. TAYEB Kenza
Médecin Biologiste
Hay Bachkou RCE At
Casablanca - Tél. 05

Date du prélèvement : 22-11-2019 à 10:34
Code patient : 1904160009
Né(e) le : 23-08-1960 (59 ans)

Mme EL OUAZZANI Amina
Dossier N° : 1911220011
Prescripteur :



HEMOSTASE

16-04-2019

Temps de Quick Patient: (Chronométrique STAGO – START 4)	12.9 sec.		11.0
Temps de Quick Témoin:	13.0 sec.		12.7
Taux de Prothrombine	87 %	(70-120)	100
Ratio TQM/TQT :	0.99		0.87
INR :	1.11		0.89

Renseignements clinique pas de trt

16-04-2019

TCK Temps patient (Réactif STAGO – Technique Chronométrique)	30.8 sec.		30.0
TCK Temps témoin	30.0 sec.		30.0
TCK Ratio patient/témoin	1.03	(<1.20)	1.00

Variation pathologique : Temps du patient > de 8 sec au temps du témoin.

Conclusion Bilan d'hémostase normal.

Surveillance de traitements anticoagulants :

- Par les AVK : surveillance par le Temps de Quick, avec un rapport de 1,5 à 2 pour le TCA malade / TCA témoin.
- Par l'héparine : surveillance par le TCA avec un rapport de 1,5 à 4 pour le TCA malade / TCA témoin.

Temps de saignement (Méthode d'IVY)	2.00 mn	(2.00-5.00)
---	---------	-------------

A savoir : certains médicaments, dont l'aspirine et la ticlopidine, allongent le temps de saignement

Validé par Dr. TAYEB KENZA

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES BACHKOU
Dr. TAYEB KENZA
Médecin Biologiste
Hay Bachkou RCE Atlas 2 - N°3
Casablanca - Tél: 05.22.85.65..