

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.

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


M22- 0006625 131065

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 666 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : TAHIRI Abdelilah
 Date de naissance : 10 oct 1939
 Adresse : 5 Rue KSER ED BADI d'Anchamps
Casablanca
 Tél. : 0661 2007 79 Total des frais engagés : 200 DH Dhs

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 : g.c.h. myélome multiple
 Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :
 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.

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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 : CASABLANCA

Le : 24/09/2022

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 4/9/12 | C | | | |

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Al-Fahd
 Dr. Said BENSOUF KROUN
 Hématologue - Oncologue

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 |
|-----------------------------------------------------|---------|------------------------------|------------------------|
| | 22/9/12 | 200dh | |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

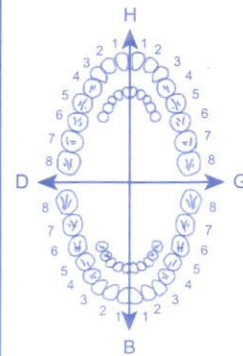
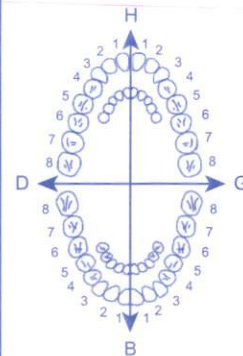
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

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 | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|-------------|----------------------------------------------|----------|----------|----------|----------|---|--|----------|----------|----------|----------|---|--|--|-----------------------------------------|
| | | | | Coefficient des Travaux <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Montants des Soins <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Début d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Fin d'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | 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 colspan="2">D</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 | | 00000000 | 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | | Montants des Soins <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | Date du devis <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | Date de l'exécution <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | |



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

27.09.22

M^{me} TARIKI Leub

glycémie
Hbglucé

ANALYSE
MEDICALES ARMES
55, Av. Moulay Hassan Ier - Casablanca
Tel: 0522 27 19 70/0522 27 86 57

Hôpital Cheikh Khalifa Ibn Zaid
Pr Said BENCHERKROUN
Hématologie Clinique
091013508

ANALYSES
MEDICALES ARMES
55, Av. Moulay Hassan Ier - Casablanca
Tel: 0522 27 19 70/0522 27 86 57
Fax: 0522 27 09 47

A. ALAMI
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Paris
H. LAZRAQ
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Reims

Casablanca le 27 septembre 2022

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Plein tarif 1998

| | |
|------------|-------|
| FACTURE N° | 13290 |
|------------|-------|

| Analyses : | | | |
|---------------------------|----|-----------|---------------|
| Glycémie (à jeûn) ----- | B | 30 | |
| Hémoglobine glyquée ----- | B | 100 | Total : B 130 |
| Prélèvements : | | | |
| Sang----- | Pc | 1,5 | |
| TOTAL DOSSIER | | 200,00 DH | |

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

MEDICAL ANALYSES
ARMES
55, Av. Moulay Hassan 1er - Casa
Tél : 05 22 27 86 57 / 27 19 70
Fax : 05 22 26 02 47

55, شارع مولاي الحسن الأول
الدار البيضاء 20070
55, Av. Moulay Hassan 1er
Casablanca 20070

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ARMES



A. ALAMI

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Paris

H.LAZRAQ

Pharmacien Biologiste diplômé de la Faculté de Reims

Tel : 05 22 27 19 70 / 05 22 27 86 57

Fax : 05 22 26 02 47

E mail : drlazraqhicham@gmail.com

Adresse : 55 Avenue Moulay HASSAN 1er
20070 CASABLANCA

Dossier ouvert le : 27/09/22

Prélèvement reçu à 08:37

Edition du : 27/09/22

Madame TAHIRI JOUTEI LAILA

Docteur SAID BENCHEKROUN

Réf. : 22I1188 **3111**

Page : 1

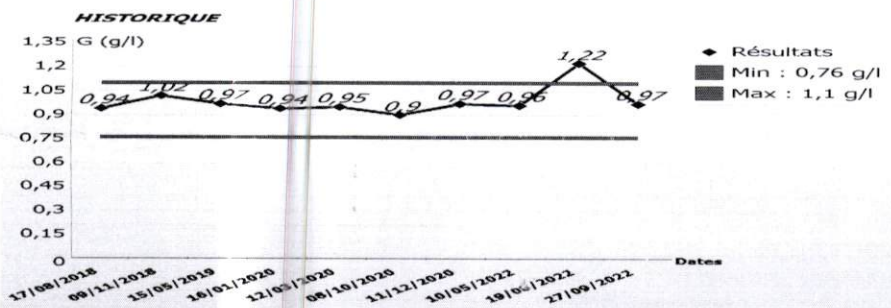
Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE SANGUINE (sur Automate Cobas C 311)

GLYCEMIE (à jeûn)

: **0,97** g/l
Soit : **5,4** mmol/l

| Normales | Antériorités |
|----------------|--------------|
| N : < 1,10 | 19/08/2022 |
| Diabète > 1,26 | 1,22 |
| 4,2 - 6,1 | 6,8 |



BIOCHIMIE

HEMOGLOBINE GLYQUEE (Hb A1c)
(HPLC / D10 - BIORAD)

: **5,10** %

| Normales | Antériorités |
|-----------|--------------|
| 4,5 - 6,3 | 22/07/2014 |
| | 5,40 |

