

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°: Bon N° W19-454656
30820

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	7304	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	C HAHIDI ELOUATZANI Abdellmalek
Nom & Prénom :			
Date de naissance :	06/10/1963		
Adresse :			
Tél. :	0663660060	Total des frais engagés : 1140 Dhs	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin: 			
Date de consultation :	24/06/2020	Age:	
Nom et prénom du malade :	Jama		
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Gastrite		
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 : 24/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
24.06.2020	CS A.V.L		Cashout	INP 01/07/2020 Dr. SEFRAGUIN Hépatologue Gastro-Entérologue 175, Rue Boukrad - Casablanca Tél.: 05 22 27 78 18

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
<i>Medecin biologiste Bd. Bordenave 22000 Bourgogne 0522 222037 - Fax : 0522 24 TP: 35-60318 - RC: 422038</i>	26/06/2006	B 830	M 10,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

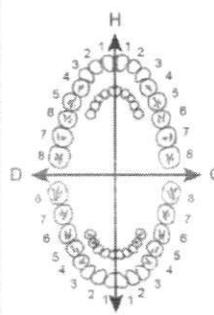
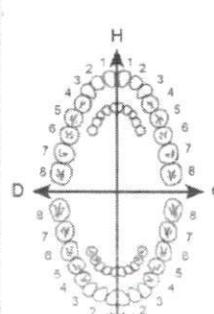
VIOLET ADHERENT

RELEVE 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"/>
				
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			<input type="text"/>
	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 G B			<input type="text"/>
				<input type="text"/>
[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				

Dr Mohamed Maher SEFRAOUI

Spécialiste des Maladies du Foie et de l'Appareil Digestif

• Diplômé en proctologie chirurgicale Paris St-Louis

(Hémorroïdes, maladies anales...)

• Ancien médecin à l'Hôpital Avicennes-Rabat

et à l'Hôpital Léopold - Bellan Paris

Vidéo-endoscopie digestive

Echographie

الدكتور محمد ماهر الصفراوي

اختصاصي في أمراض الكبد والجهاز الهضمي

خريج كلية باريس سان لويس في أمراض المخرج

طبيب سابق في مستشفى ابن سينا الرباط

وفي مستشفى ليو بول بلان باريس

التشخص بالمنظار الداخلي

الكشف بالصدى

Le 24.06.2020

Nom ABID FATHA

GPy

Test respiratoire à H. Pufor



Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux

280

Tél: 05

05

22 29 62

Tel: 35400318 Fax: 422030

إقامة جاسم حسام، 175 زنقة بوكراع، الطابق 2 (ملتقى شارع مولاي يوسف وزنقة المعرض الدولي) الدار البيضاء
الهاتف: 05 22 27 78 29 - الفاكس: 06 61 33 30 04



LABORATOIRE BORDEAUX

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES BORDEAUX

Dr. EJ JENNANE ZINEB : Médecin Biologiste

280, Bd Bordeaux, RDC - 20040 - CASABLANCA

Tél : 0522 22 30 37 / 08 08 35 31 54 Fax : 0522 22 29 62

Site web: www.labobordeaux.com Email:laboratoirebordeaux@gmail.com

TP : 35460318 IF :15269526 RC : 422030 INPE : 093061190 ICE : 000232167000019

FACTURE N° : 200600220

Casablanca le 24-06-2020

Mme ABID EP CHAHIDI ELOUAZZANI Fatiha

Demande N° 2006240013

Date de l'examen : 24-06-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS 0118	Prélèvement sang	E25	E
	Glycémie	B30	B
	Helicobacter pylori – test respiratoire à l'Urée 13C – air expiré	B800	B

Total des B : 830

TOTAL DOSSIER : 1140.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cent quarante dirhams

Laboratoire d'Analyses Médicales Bordeaux

Dr. EJ JENNANE Zineb

Médecin Biologiste

280, Bd. Bordeaux RDC Bourgogne-Casa

Tél : 0522 22 30 37 - Fax : 0522 22 29 62

TP: 35460318 RC: 422030



Dossier : 2006240013
Prélèvement du : 24-06-2020
Edition : 26-06-2020

Mme ABID EP CHAHIDI ELOUAZZANI
Fatiha
Né(e) le 24-10-1964
Code Patient 1702150020
Médecin Dr SEFRAOUI Maher

BIOCHIMIE SANGUINE

Automate COBAS C111

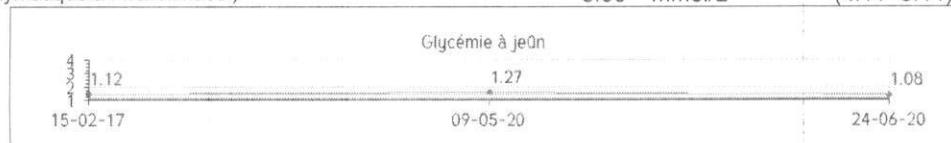
09-05-2020

Glycémie à jeûn

(Méthode enzymatique à l'hexokinase.)

1.08 g/L
5.99 mmol/L
(0.74-1.10)
(4.11-6.11)

1.27



Analyses Spécialisées

Helicobacter pylori: test respiratoire à l'Urée

Kit :

TAUKIT

Index T0 :

-24.5

Index T30 :

-19.0

Index T30-T0 :

5.5

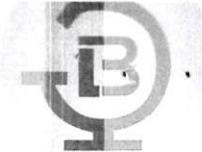
Résultat :

Résultat équivoque. A confronter aux données cliniques.

Interprétation:

- Index T30-T0<ou=5.0 : Test négatif
- Index T30-T0 >ou= 10.0 : Test Equivoque. A confronter aux données cliniques.
- Index T30-T0 > 10.0 : Test positif.

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE



Dossier : 2006240013
 Prélèvement du : 24-06-2020
 Edition : 24-06-2020

Mme ABID EP CHAHIDI ELOUAZZANI
Fatiha
 Né(e) le 24-10-1964
 Code Patient 1702150020
 Médecin Dr SEFRAOUI Maher

BIOCHIMIE SANGUINE

Automate COBAS C111

09-05-2020

Glycémie à jeûn (Méthode enzymatique à l'hexokinase.)	1.08 g/L 5.99 mmol/L	(0.74-1.10) (4.11-6.11)	1.27
Glycémie à jeûn 			

Analyses Spécialisées

Helicobacter pylori: test respiratoire à l'Urée

Kit :	HPYRESP
Index T0 :	en cours
Index T30 :	en cours
Index T30-T0 :	en cours
Résultat :	en cours

Interprétation:

- Index T30-T0<ou=5.0 : Test négatif
- Index T30-T0 >ou= 10.0 : Test Equivoque. A confronter aux données cliniques.
- Index T30-T0 > 10.0 : Test positif.

Ce dossier a été imprimé en partiel

Demande validée biologiquement par : Dr. Zineb EJ JENNANE

Prélèvement à domicile sur rendez-vous : 06 71 45 29 04

Page : 1/1