

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.

N° W19-536840

ND:36971

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
Matricole : 741

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

CHAOUKI MOHAMED

Date de naissance :

01-01-1942

Adresse :

TMM 20 N° 4 HAY MOUBARAKA

Tél. :

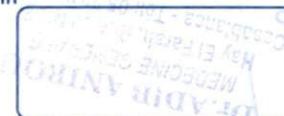
BERNUDAR 06 52752716

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

22/7/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

KTA

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

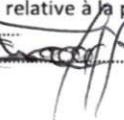
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : 741

Le : 22/7/2020

Signature de l'adhérent(e) :



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
22/11/2019	9		155 dh	INP : 091614346
				3

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie RIAD AL QODS Meryem TORHMI 310 bis, GPE Zenata 4 Al Qods Sidi Benouar 05.22.73.21.31	21/7/2022	356.4

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	24/07/20 B 370		370 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

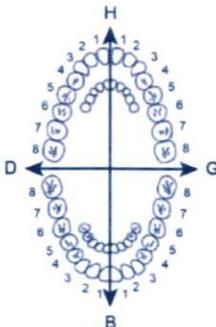
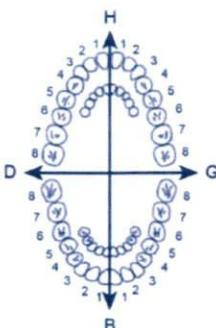
VOLET ADHÉRENT

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"/>														
				COEFFICIENT 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 COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT 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 <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table>				25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000	00000000	35533411	11433553	B		G	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	G																	
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																		

Le : 22/7/2022

Ordonnance

Nom/Prénom :

Age :

68,00^{x3}

Mr Chahmed

Sexe : H F

68,50

68,50

PPV : 50DH00
PER : 11/23
LOT : 12613-2

PPV : 50DH00
PER : 11/23
LOT : 12613-2

PPV : 50DH00
PER : 04/24
LOT : J1126-32

fléxes 15
TCP 03
68,00^{x3}

No Card 1/6

Oris

50⁰⁰⁰^{x3} Tgt/Sur

Dr >

Pharmacie RIAD AL QODS
Meryem DORHMI :
310 Bis, GPE Zenata 4
Hay Al Qods Sidi Bernoussi
Tél. : 05.22.73.21.91

DR. ADR ANTROU
MEDECINE GENERALE
Hay El Farach, Rue 50 N°22
Casablanca - Tel: 05 22 81 21 42

DR. ADR ANTROU
MEDECINE GENERALE
Hay El Farach, Rue 50 N°22
Casablanca - Tel: 05 22 81 21 42

Le :

Ordonnance

Nom/Prénom :

Sexe : H F

Age :

faire 3 vL

G 1

Hb M

ur - ur.

PSA

DR ADR ANTROU
MEDECINE GENERALE
HYGIENE PUBLIQUE
CASSABIANCA - TEL: 05 27 61 21 42

DR ADR ANTROU
MEDECINE GENERALE
HYGIENE PUBLIQUE
CASSABIANCA - TEL: 05 27 61 21 42

MA

Laboratoire CIRAB

90, avenue 2 MARS - CASABLANCA - Tél.:022 86 25 50 ou 022 86 25 51 - Fax : 022 86 25 52

RC:218506 - Enregistrement:8721 - Patente:34400430 - TVA:705519 - CNSS:2051671

Docteur Allal ROUDANI

B

Internat des Hôpitaux de PARIS, Doctorat de l'Université René descartes - PARIS

CES de Contrôle Physico-Chimique des médicaments, CES de Pharmacotechnie Chimique et Galénique - PARIS

AE de Biologie Nucléaire du Centre d'Etudes Nucléaires de SACLAY, AE des Maladies Sexuellement Transmissibles de l'OMS - PARIS

CES de bactériologie-Virologie, CES de Parasitologie, CES d'Hématologie, CES d'Immunologie, CES de Pathologie Médicale - PARIS

Facture 12703

Casablanca Le : 24/07/2020

Analyses effectuées le: 24/07/2020

Pour.....: **Mr. CHAOUKI MOHAMED**

Sur prescription du :Dr

Code.....: 2BE4773



Organisme.....: **PRIVE**

Bilan:

GLY HMG URE CRE PSA

Total : B 370

Montant Net : 370.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

TROIS CENT SOIXANTE DIX Dhs 00 Cts

LABORATOIRE CIRAB
90 Avenue 2 Mars Casablanca
Tél: 022 86 25 50 ou 022 86 25 51 - Fax: 022 86 25 52

Laboratoire CIRAD

90, avenue 2 MARS - CASABLANCA - Tél.:022 86 25 50 ou 022 86 25 51 - Fax : 022 86 25 52

RC:218506 - Enregistrement:8721 - Patente:34400430 - TVA:705519 - CNSS:2051671

Docteur Allal ROUDANI

IMP

Internat des Hôpitaux de PARIS, Doctorat de l'Université René descartes - PARIS

B

CES de Contrôle Physico-Chimique des médicaments, CES de Pharmacotechnie Chimique et Galénique - PARIS

AE de Biologie Nucléaire du Centre d'Etudes Nucléaires de SACLAY, AE des Maladies Sexuellement Transmissibles de l'OMS - PARIS

CES de bactériologie-Virologie, CES de Parasitologie, CES d'Hématologie, CES d'Immunologie, CES de Pathologie Médicale - PARIS

Examen N° 50724872 du 24/07/2020
Edité le 24/07/2020

Monsieur CHAOUKI MOHAMED
2BE4773



Page 1

BIOCHIMIE SANGUINE

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE A1C

6.00 %

4 à 6 = Non Diabétique ou Diabétique Equilibré

6 à 8 = Déséquilibre Modéré > 8 = Déséquilibre Important

GLYCEMIE A JEUN

1.25 g/l (0.70 à 1.10)

CREATININE SERIQUE

14.59 mg/l (8 à 15)

UREE SERIQUE

0.52 g/l (0.15 à 0.45)

BIOLOGIE NUCLEAIRE

ANTIGENE SPECIFIQUE DE LA PROSTATE

1.90 ng/ml (< 5)

C'est un dosage RADIOIMMUNOLOGIQUE

