

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

Nº W19-594206

ND 52191

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1530

Société : R.A.M

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : MANANE HASSAN

Date de naissance : 32/01/1931

Adresse : 157 Rue de Bruyères Casablanca

Tél. : 0661 46 46 41

Total des frais engagés : 530.00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

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'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 : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 16/12/2020





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
2018/11/11	12000	6	4500	INP : 09/11/2018 Souscrit et renouvelé le 09/11/2018 Cabinet Dr. A. DUC Centre de Santé 12000

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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"/>																		
	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">H</td></tr> <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 colspan="2" style="text-align: center;">00000000</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">35533411</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">11433553</td></tr> <tr><td colspan="2" style="text-align: center;">G</td></tr> </table>				H		25533412	21433552	00000000	00000000	D		00000000		35533411		B		11433553		G		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
H																							
25533412	21433552																						
00000000	00000000																						
D																							
00000000																							
35533411																							
B																							
11433553																							
G																							
	<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession</p>				DATE DU DEVIS <input type="text"/>																		
					DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Chirurgien Urologue

Coeliochirurgie urologique

Chirurgie urologique adulte et enfant

Cancerologie urologique

Chirurgie de l'incontinence urinaire

Traitemet de la prostate par laser green light

Traitemet des calculs urinaires au laser holmium

Enuresie chez l'enfant

Circoncision

Sterilité masculine - AMP

Impuissance sexuelle

Chirurgie des hernies chez l'adulte et l'enfant

عضو الجمعية الاوروبية و الفرنسية لجراحة الكلى

فحص و جراحة الكلى و المسالك البولية بالمنظار

عند الكبار و الأطفال

تفيت حصي الكلى و المسالك البولية

بأشعة الميموم ليزر

جراحة البروستات بأشعة غرين لايت

علاج العقم و العجز الجنسي عند الرجال

علاج الأمراض التناسلية

علاج التبول الإلارادي عند الأطفال

جراحة الفتق عند الكبار والأطفال

Casablanca, le :

NFS - Plaquettes

Unée - Crétatine

Glycémie à jeûn

HbA1c

TP - TCK

Groupage ABO/Rhesus

Cholesterol Total + HDL - LDL

Triglycerides

Transaminases SGOT/SGPT

Acide Urique

Ionogramme Sanguin

Feritine

Vit D

TSH - T3 - T4

CRP

VS

Serologie Hepatite C / B

Micro Albuminurie

UBC

PSA total PSA libre

Rapport

Testostérone totale

Testostérone biodisponible

Testostérone libre

FSH 30 09 67 - Fax 05 22 91 22 91 LH

ECBU - ATB eventuel

P. Urethral + ATB eventuel

Spermogramme

Spermoculture

Spermocytogramme

Prélèvement Vaginal

Troponine



مختبر التحاليل الطبية الرغراقي

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI

Biogiste Diplomé de la faculté
De Médecine et de Pharmacie
de Clermont Ferrand

FACTURE N° : 2011282016

Casablanca le 28-11-2020

Mr Hassan MANANE

Date de l'examen : 28-11-2020

INPE :

Caisse : **MUPRAS**



Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B
0361	PSA	B300	B

TOTAL DOSSIER : 530 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cinq cent trente dirhams

