

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.

Biologie 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.

Éducation :

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

52974

Déclaration de Maladie : N° P19- 0002938

 Maladie **Dentaire** **Optique** **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12571 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : M'HADER MEHDY Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : RESIDENCE CABANVIEW HAX NASSIRI APT 22 Tamm 3 / CASABLANCA

Tél. : 06.61.93.12.11 Total des frais engagés : 1080.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : BENZA NAZAR Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : 1 - Le 10

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 : CASA BLANCA

Signature de l'adhérent(e) : Mohod

Le : 17 / 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
32				 

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
L.A.M.Riad Tel: 06 31 71 23 06 06 31 77 23 00 51 13 57 55 23 00 51	20/10/2018	50,60 33,00€	1050,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	B 35533411 11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



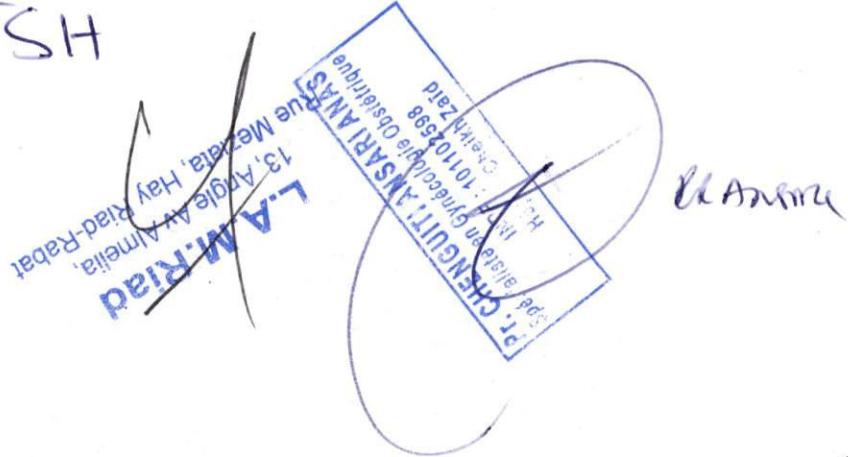
Rabat, le 20 NOV 2020

Docteur

BARZA MOUR

- Crise surgicale
des Pois de Taxo
II de GNV
II à la Rutele

- TSH





L.A.M. RIAD

13, Angle Avenue Almelia et rue Meziata - Hay Riad
(City Center - ACIMA) - RABAT

Tél : 05 37 71 05 06 / 05 37 57 23 23 - Fax : 05 37 71 50 60
Site-Web : www.laboriad.ma - E-mail : laboratoireriad@gmail.com

FACTURE N° : 201200223

Rabat le 02-12-2020

Mme Rajae BAZZA

Date de l'examen : 02-12-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement sanguin	E20	E
0163	TSH	B250	B
	CMV IGG (Liaison):	-	HN
0307	Toxoplasmose IgG	B100	B
0343	Rubéole IgG	B150	B

Total des B : 860

TOTAL DOSSIER : 1050.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille cinquante dirhams .

L.A.M.Riad
Tél : 05 37 71 05 06
05 37 57 23 23 / 05 37 57 23 23 - 50 60
Pat : 103060877 / IF : 3349086

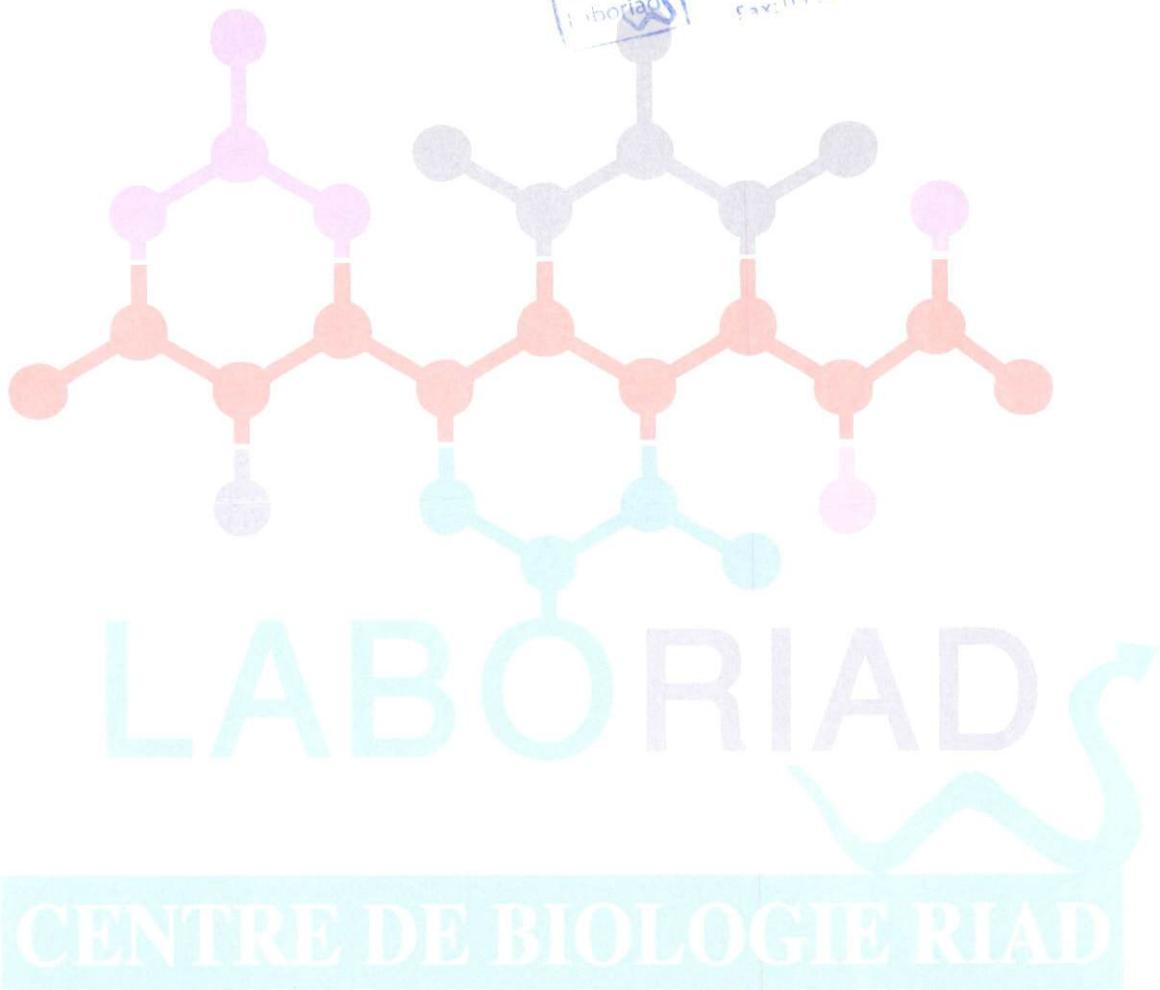


- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

2012022418 – Mme Rajae BAZZA

Page 3 / 3

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Édité le 03-12-2020 à 17:47

Prescripteur : **Pr Anas CHENGUITI ANSARI**

EXAMEN du 02-12-2020

Mme BAZZA Rajae

Code Patient :1607222110

Né(e) le : 14-11-1988



Prélevé le : 02-12-2020

HORMONOLOGIE

TSH.us

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Remarque:

Chez le Nouveau-né, on observe une augmentation physiologique de la TSH (TSH Normes N-Né < 20 µUI/mL)

Valeurs de référence Femme Enceinte

1er Trimestre: 0.030 à 2.300 µUI/mL

2ème Trimestre: 0.030 à 3.100 µUI/mL

3ème Trimestre: 0.130 à 3.500 µUI/mL

1.448 µUI/mL (0.340-5.600)

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

SERODIAGNOSTIC C.M.V. (Cytomégalovirus)

(Technique CLIA LIAISON DIASORIN)

Dosage des IgG

117.00 U/mL

(Interprétation des IgG : Négatif <12.0 ; Equivoque entre 12.0 et 14.0 ; Positif >14.0)

Conclusion

Diminution du taux des IgG par rapport au dernier Dosage.

Résultat à interpréter selon le contexte clinique et à compléter en cas de besoin par un Test d'Avidité sur le prélèvement du 13/11/2020.

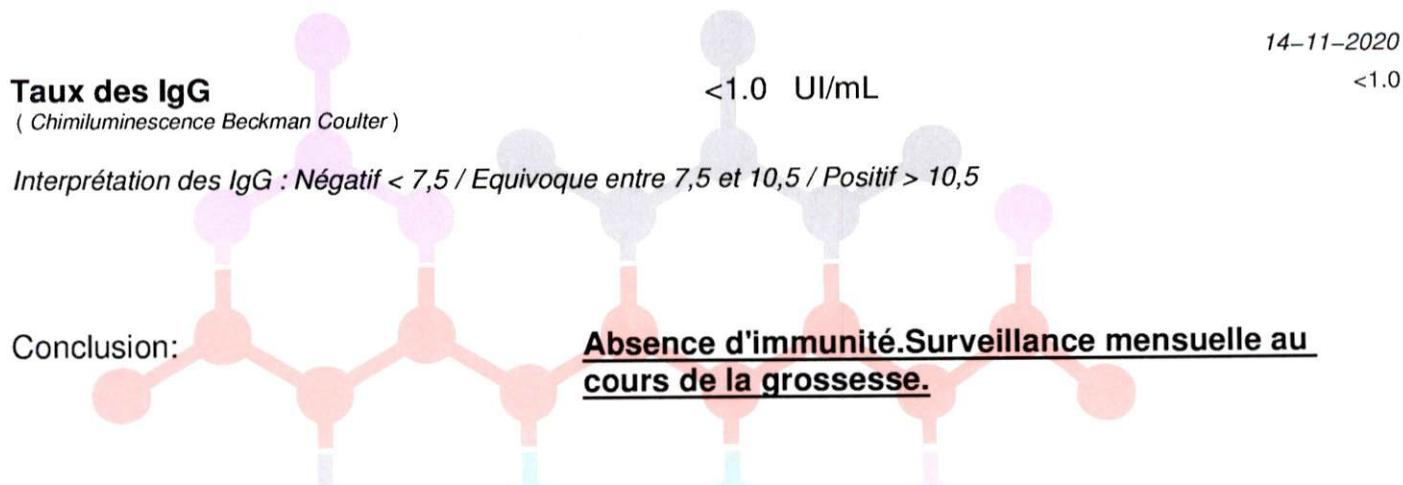
Toute sérologie ne peut être interprétée qu'après une étude simultanée de deux prélèvements à trois semaines d'intervalle.

- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

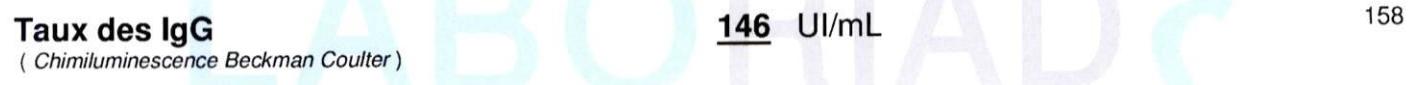
2012022418 – Mme Rajae BAZZA

Page 2 / 3

SERODIAGNOSTIC DE TOXOPLASMOSE



SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE



Date du prélèvement précédent: 14-11-2020

Taux des IgG précédent **158** UI/mL

Conclusion :

Stabilité du taux des anticorps.
Immunité ancienne très probable.
A confronter au contexte clinique.