

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.

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

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° P19- 0002938

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1257 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : AHMED TEHDI Date de naissance : 29/04/1987

Adresse : RESIDENCE CABAVIEW HAY NASSER APT 22 Taux 3 / CASABLANCA

Tél. : 0661931211 MUPRAS Total des frais engagés : 1060,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 13 DEC 2020

Nom et prénom du malade : BAKA MAM Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 1 - 2 - 3

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 Le : 17 / 12 / 2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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


				

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien Date des Soins Nombre Montant détaillé des Honoraires

		Nombre				
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

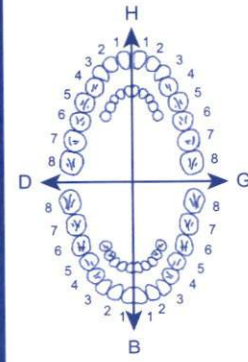
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES

Dents Traitées Nature des Soins Coefficient

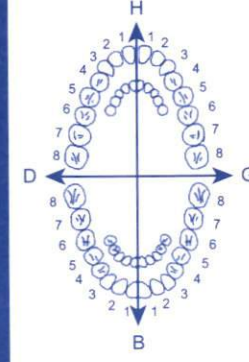
				COEFFICIENT DES TRAVAUX		
					MONTANTS DES SOINS	
						DEBUT D'EXECUTION
			FIN D'EXECUTION			

O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H
25533412 21433552
00000000 00000000
D 00000000 G 00000000
35533411 11433553
B

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

		COEFFICIENT DES TRAVAUX		
			MONTANTS DES SOINS	
				DATE DU DEVIS
	DATE DE L'EXECUTION			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Rabat, le 20 NOV 2020

Docteur

BAZZA SAOON

- Carte Nationale
le P. de Taxo
" " de CTV
" " de la Route

- TSH

~~L.A.M. RIAD
13, Angle Av. Almelia,
Hay Riad-Rabat
Dr. Cheikh Zaïd~~

~~Dr. CHENGUIT ANSARI ANAS
Spécialiste gynécologie-obstétrique
H.C. : 101103598
Dr. Cheikh Zaïd~~

El Anassir



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
Pat : 349086

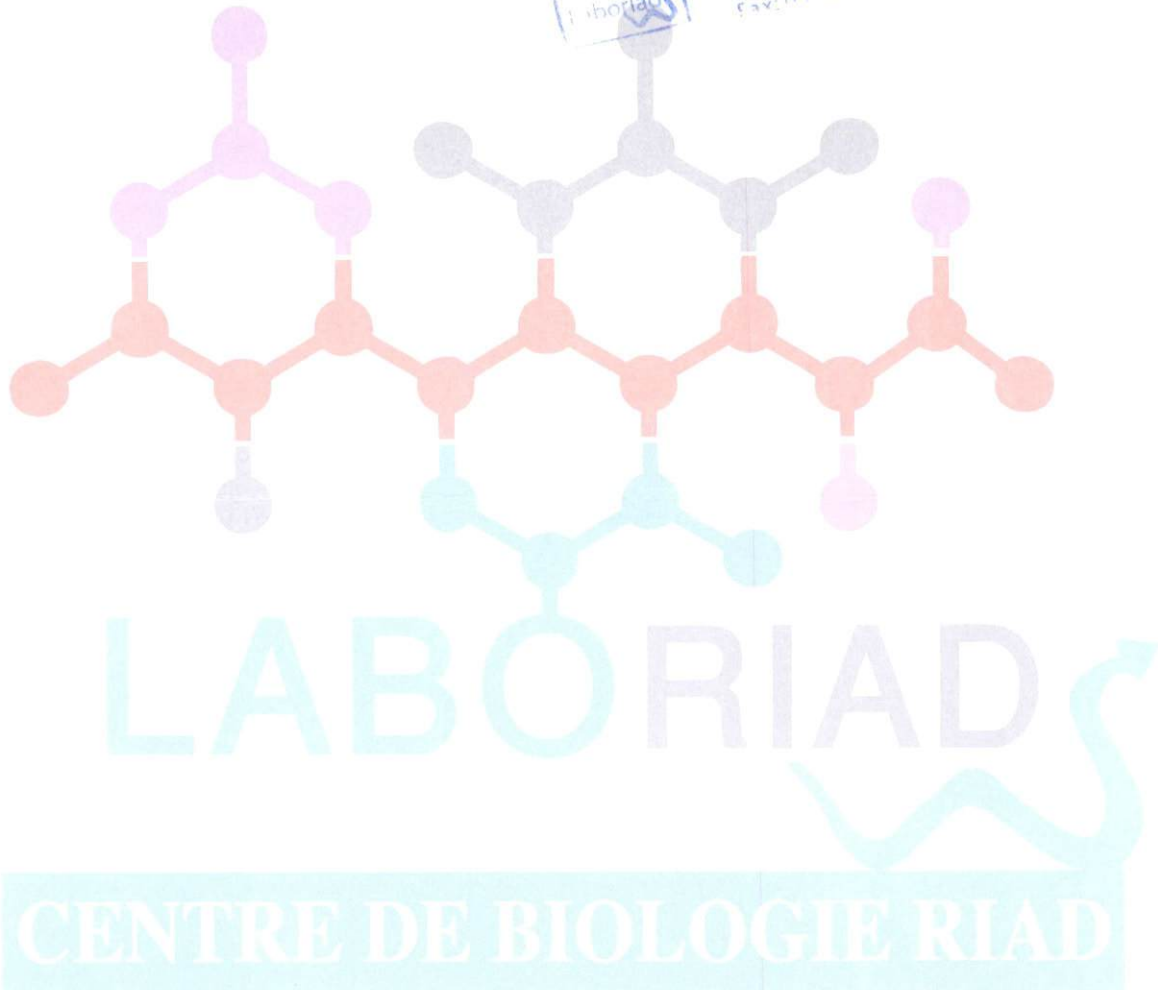
CODE INPE



103060877

Patente N°: 25995358 - CNSS: 9114357- IF:3349086 RIB:013 810 01214 000040 001 27 94 BMCI RYAD NAKHIL -
ICE: 001685262000044 - INPE: 103060877

Demande validée biologiquement par Dr. Jalil EL ATTAR



Edité 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)

1.448 μ UI/mL (0.340-5.600)

Remarque:

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

Valeurs de référence Femme Enceinte

1er Trimestre: 0.030 à 2.300 μ UI/mL

2ème Trimestre: 0.030 à 3.100 μ UI/mL

3ème Trimestre: 0.130 à 3.500 μ UI/mL

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.

SERODIAGNOSTIC DE TOXOPLASMOSE

14-11-2020

Taux des IgG

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

<1.0 UI/mL

<1.0

Interprétation des IgG : Négatif < 7,5 / Equivoque entre 7,5 et 10,5 / Positif > 10,5

Conclusion:

Absence d'immunité. Surveillance mensuelle au cours de la grossesse.

SERODIAGNOSTIC DE LA RUBEOLE

14-11-2020

Taux des IgG

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

146 UI/mL

158

Un résultat > 15 UI/mL est considéré comme positif pour les IgG anti-rubéole.

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.