

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

- Reclamation : 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.



Declaration de Maladie

N° W19-572000

53856

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)		Société :	
Matricule : 2379		R207	
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	PORT HA
Nom & Prénom : HAFID FATIMA		Date de naissance : 2/3/55	
Adresse : 189, LT 1105 Sidi Maâouyef, C1002		Tél. : 0662124553	
Total des frais engagés : 540,98 DH			
<p style="text-align: center;">Cadre réservé au Médecin</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> Cache du médecin : SCUEIL Dr LOUBIYA ZAINAL Spécialiste en Hépatologie Proctologie Rés. Nidha, Immeuble 11, 11^{me} Etage Tel. 0522780987 </div>			
Date de consultation : 03/11/2011		Nom et prénom du malade : HAFID FATIMA	
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint		Age: 60	
Nature de la maladie : Aff Lugaire			
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'adjudicataire conseil de la Mutuelle.			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : _____ Le : _____

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
03/11/2020	800 DA	3	2400 DA	INP : 094775703 NPE : 094775703

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE AT NIMMA Lot. Soufiane Imm 82 El Maarouf Casablanca 0522 584 777	03.11.2020	151,20

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
radiologue El Madina 23	21/11/20	B67 FA 56.52/2	89,78

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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

Important :

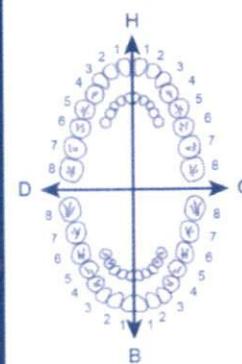
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Début d'exécution []
				Fin d'exécution []
				Coefficient des travaux []
				Montants des soins []
				Date du devis []
				Date de l'exécution []

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
B		
G		



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EX

Dr Loubna ZAIDI

Spécialiste en

Hépato-gastroenterologie

Proctologie Médicale et Chirurgicale

Echographie Abdominale

Endoscopie Digestive



Casablanca, le

03/11/2020



PPV: 30DH00
PER: 11/66
LOT: J1605-1



MME HAMID FATIMA

40.40 x 3



• Meteospasmyl - capsule molle

1 Capsule, matin, midi, soir, avant les repas, pendant 15 jours

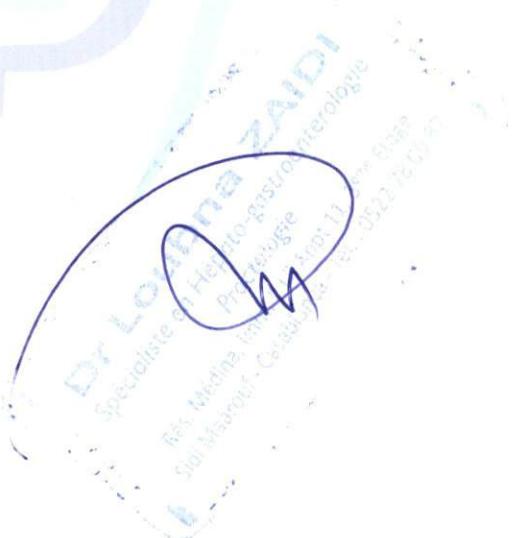
30.00

• Prazol 20 mg - gélule

1 Gélule, matin, au réveil, pendant 7 jours

251.20.

PHARMACIE ATTENNAIA SARL
Lot. Soufiane Imm B2 N°1
Sidi Maârouf
Tél 0522 584 777



الهاتف : 05 22 78 09 87

Résidence Médina - Imm J - 3ème étage - Appt 11 - Sidi Maârouf

(Près de Complexe Al Mostakbal) - Casablanca - E-mail : loubna.zaidi@gmail.com

سيدي معروف

إقامة المدينة - عمارة ج - الطابق 3 - الشقة رقم 11 - سيدى معروف



Casablanca, le

07/11/2020

الدار البيضاء، في

MME HAMID FATIMA

✗ • Urée

✗ • créatininémie

• NFS +plq

• TP

• ASAT , ALAT , GGT

• Glycémie à jeun

• Ac urique

• Triglycéride

• Cholésterol T HDL LDL

• VS CRP





مختبر المستقبل للتحاليل الطبية

LABORATOIRE AL MOUSTAKBAL D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Bahija LAHRAR

Médecin Spécialiste en Analyses Médicales (Biologiste)
Spécialiste en Diagnostic et Thérapeutique des couples infertiles
(IA-FIV-ICSI) Paris - France
Ex Enseignante à la faculté de médecine
CHU Ibn Rochd Casablanca
DU de management de la qualité université Bordeaux

Edité le : 21-nov-20



INPE 093060754

Facture N°: 5652/20

Référence: 

7 211120 172642

Date de prélèvement samedi 21 novembre 2020

Nom Prénom HAMID FATIMA

Médecin: LOUBNA ZAIDI

Patente (TP) 36155845

ICE 001635929000031

Analyses	Cotation B	Total
1z-Sang (Prise de..)	7	9,38
Créatinine	30	40,20
Urée	30	40,20
	67 B	89,78 dh
	Remise	0,00 dh

Net à payer TTC 89,78 dh

Arrête la présente facture à la somme de QUATRE-VINGT-NEUF DIRHAMS ET SOIXANTE-DIX-HUIT CENTIMES

Dr Bahija LAHRAR
Médecin Biologiste

