

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0026261

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 406 Société : R.A.R.

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : QANDI FATIMA 149996

Date de naissance : 01-01-1935

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 06/02/23

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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.

M 20 FEV. 2023

MUPRAS

R. ACOUEIL BOUZAACHANE

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

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.

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

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
06/02/2015			Ca	 Dr. Amal MJABBI Endocrinologie, Maladies Métaboliques et Nutrition CHU Hassan II - Casablanca

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
LABORATOIRE Dr. A. BOUJAKIAN 120, Bd. Mousa 1er - Casablanca Tél : 05 22 86 01 90 Tél/Fax : 05 22 86 07 84	08/02/23	B650 alt	896,00 Dhs.

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 l'ODF.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram shows a dental arch with 16 numbered teeth. The teeth are arranged in four quadrants: upper left (5, 6, 7, 8), upper right (1, 2, 3, 4), lower left (8, 7, 6, 5), and lower right (4, 3, 2, 1). A vertical line labeled 'H' passes through the midline. A horizontal line labeled 'D' points to the left, and a horizontal line labeled 'G' points to the right. A vertical line labeled 'B' points downwards.

[Création, remont, adjonction]

LUGA 111 - DAS QUATRO PONTOS DA INICIATIVA DE INVESTIMENTO DE RISCO

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



وصفة

ORDONNANCE

Budol

le 06/06/06

CHANDIL Fahima

T.S.H

T.W

130

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd My. Idriss 1er - Casablanca
Tel: 05 22 86 01 90
Tel/Fax: 05 22 86 07 84

LABO. D'ANALYSES MEDICALES POLYBIO

TAOUAKALNA AMAL - Pharmacien Biogiste -

120 BD. MOULAY IDRIS 1ER CASABLANCA

QUARTIER DES HOPITAUX 1 ER ETAGE

RC: 247908 Patente: 36350070 CNSS: 2359975 I.F.: 42023870 ICE: 001613460000056 INPE:093000941

Facture 16775

CASABLANCA Le : 08/02/2023

Analyses effectuées le: 08/02/2023

Pour.....: **Mme QANDIL FATIMA**

Sur prescription du :Dr MJABBER AMAL

Code.....: 2CC8613



Organisme.....: **POLYBIO**

Bilan:

TSHUS=B250 T3L=B200 T4L=B200

Total : B 650

Montant Net : 896.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

HUIT CENT QUATRE VINGT SEIZE Dhs 00 Cts

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAOUAKALNA
120, Bd. My. Idris 1er - Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél : 05 22 86 07 55

Prélèvement du : 08/02/2023

Référence : 30208543



2CC8613

Patient : **Mme QANDIL FATIMA**

Médecin: **Dr.**

POLYBIO

BILAN THYROIDIEN

T S H ultra sensible: **19.95** µUI/ml (0.25 - 5.0)
(Technique AIA 360)

FT3 (Triiodothyroxine libre) ...: **3.90** pmol/l (3.07 - 6.76)
(Technique AIA 360)

FT4 (Thyroxine Libre): **16.45** pmol/l (10.6 - 23.5)
(Technique Mini Vidas)

LABORATOIRE POLYBIO
Dr. Amal TAUOUAKALNA
120, Bd. My. Idriss 1^{er}, Casablanca
Tél : 05 22 86 01 90
Tél /Fax : 05 22 86 07 84