

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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.

**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

M22- 0015967

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 04387 Société : RAM  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : BOUYAS NADIB  
 Date de naissance :  
 Adresse : HABITUELS  
 Tél. : 06 69 23 25 44 Total des frais engagés : 159,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :   
 Date de consultation : 12/01/2023  
 Nom et prénom du malade : BOUYAS Zouheir Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Diabète + HTA  
 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.


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 : 01/01/2023  
 Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019




# 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
12/08/23	Ortho			

# 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
	09/08/23	B.A. 22	1.59,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

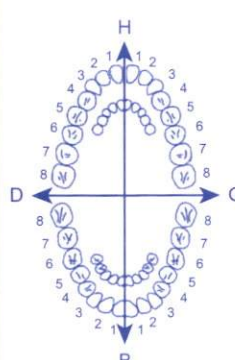
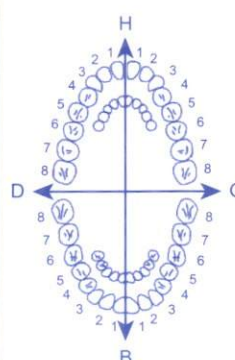
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

# RELEVÉ 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																						
				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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE																								
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																						
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																						
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# مختبر ابن رشد للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES

Dr. KABBAJ Hassan

Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de MONTPELLIER

D.E.S.: Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie - Biochimie Clinique

Prélèvement du : 05/08/2023

Edition du : 07/08/2023

Code Patient : 4WH3791

Pour : Mme BOUAYAD ZOUBIDA

Référence : 4WH5C2

Medecin : Dr. BENNOUNA HAMZA



## BIOCHIMIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
* Hémoglobine glycosylée.....	7.3 %	(4-6)	

مختبر ابن رشد للتحاليل الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES  
Dr. KABBAJ Hassan  
Res. Al Mawlid 4, Imm. A, 2ème Etage,  
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual - Casablanca  
Tél. & Fax : 05 22 99 16 37 - Tél. : 05 22 23 43 22 - E-mail : laboratoireaerroes1@gmail.com





# مختبر ابن رشد للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES

**Dr. KABBAJ Hassan**

Pharmacien Biologiste - Ancien Interne des Hôpitaux de MONTPELLIER

D.E.S.: Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie - Biochimie Clinique

Nom & Prénom : M<sup>me</sup> BOUAYAD ZOUBIDA

Médecin prescripteur : DR BENNOUNA HAMZA

Date du prélèvement : 05 / 08 / 2023

Notre référence : 4WH5C2

I.C.E. : 001650195000036

I.F. : 42900700



**FACTURE N° 0040-8/23**

Désignation des B : HBA1C B100.

PC 1.34 + 25 : **159.00 DHS**

Arrêter la présente facture à la somme de :

**CENT CINQUANTE NEUF DIRHAMS 00 CTS.**

مختبر ابن رشد للتحليلات الطبية  
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES  
Dr. KABBAJ Hassan  
Rés. Al Mawlid 4, Imm. A, 2ème Etage  
Angle Bd. Abdelmoumen & Bd. Anoual  
Casablanca-Tel/Fax: 05 22 99 16 37

إقامة هشام، زاوية شارع عبد الصومن وزنقة عبد المالك أبو مروان - الدار البيضاء - الهاتف: 05 22 86 38 38 - 05 22 86 39 39  
 Résidence Hicham, Angle Bd Abdelmoumen et Rue Abdelmalek Abou Marouane - CASABLANCA  
 Tél. : 05 22 86 39 39 - 05 22 86 38 38 - Urgences : 06 61 16 96 78 - E-mail : bennounahamza@yahoo.fr