

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.

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :	04387	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom :		BOUAYAD YASSINE	
Date de naissance :		14/07/1975	
Adresse :		HABITACLES	
Téléphone :		06 63 23 25 44	Total des frais engagés : 159,- Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :	
Date de consultation :	12/01/2015
Nom et prénom du malade :	BOUAYAD Zoubida
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :	Diabète + Hypertension
Affection longue durée ou chronique :	<input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : CRSA Le : 25/08/2015

Signature de l'adhérent(e) :



Déclaration de Maladie

M22- 0015967

Optique 172544 Autres

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
12/08/23	Oral	—		<i>(Handwritten signatures and stamp)</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>(Handwritten signatures and stamp)</i>	05/08/23	B100 Pch 34 + 25	159,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

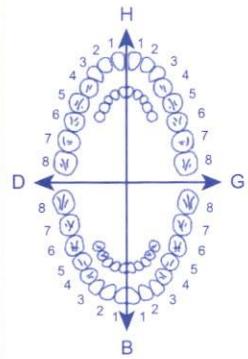
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

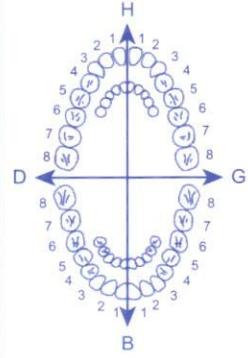
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

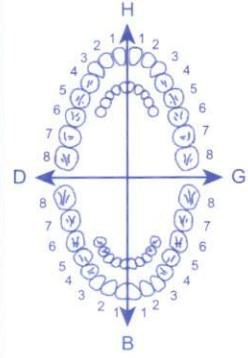
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

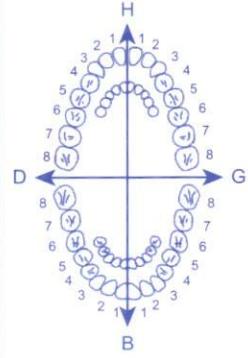
Important :

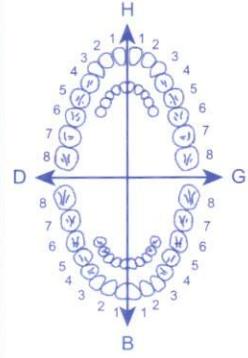
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

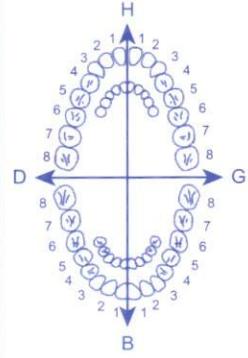
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	

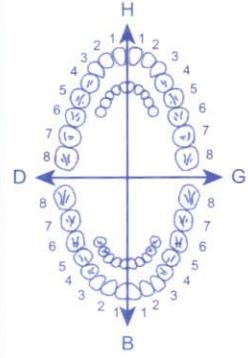
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		
	H 25533412 00000000 35533411		
	21433552 00000000 11433553		
	D 00000000 00000000		
	B		
	G		

	[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



مختبر ابن رشد للتحليلات الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES

Dr. KABBAJ Hassan

Pharmacien Biogiste - 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. BENNOOUNA HAMZA



093000057

BIOCHIMIE

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

مختبر ابن رشد
LASORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES
Dr. KABBAJ Hassan
Rés. Al Mawlid 4, Imm. A, 2ème étage
Casablanca - Maroc
Tél. & Fax : 05 22 99 16 37 - Tél. : 05 22 23 43 22 - E-mail : laboratoireaverroes1@gmail.com



مختبر ابن رشد للتحاليل الطبية LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AVERROES

Dr. KABBAJ Hassan

Pharmacien Biogiste - Ancien Interne des Hôpitaux de MONTPELLIER
D.E.S.: Hématologie - Bactériologie & Virologie - Immunologie - Parasitologie & Mycologie - Biochimie Clinique

Nom & Prénom : **M^{me} BOUAYAD ZOUBIDA**
Médecin prescripteur : **DR BENNOUNA HAMZA**
Date du prélèvement : **05 / 08 / 2023**
Notre référence : **4WH5C2**
I.C.E. : **001650195000036**
I.F. : **42900700**



093000057

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

Docteur Hamza BENNOUNA

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nancy

Spécialistes et Pathologie Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Ancien Interne et Attaché des Hôpitaux de Nancy

Diplômé en Echographie et doppler Cardiaque
et Vasculaire (Nancy)

Capacité d'Aide Médicale Urgente (Nancy)

Capacité de Médecine de Catastrophe (Nancy)

الدكتور حمزة بنونة

خريج كلية الطب ببنانسي (فرنسا)

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب سابق بمستشفيات نانسي

خرج في الفحص الآلي للقلب والشرايين (نانسي)

خرج في طب المستعجلات بنانسي

12 JUL 2023

Casablanca, le : الدار البيضاء ، في :

حکیمة لبندوس

Hemofilia — مرض دم

Dr. Hamza BENNOUNA
Bd Abdelmalek Abou Marouane
CASABLANCA
Tél. 05 22 86 39 39 / 38 38

مستشفی این دندان
DENTISTE MEDICALS AVERROES
LAMOURI 11 rue 2ème étage
DR. K. ABDELLAH 31
Tél. 05 22 95 16 37
TÉL. 05 22 95 16 37
PRES. DR. K. ABDELLAH 05 22 95 16 37
PRES. DR. K. ABDELLAH 05 22 95 16 37