

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

- 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.

M23-001125

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 09311 Société : Ram 24941
 Actif Pensionné(e) Autre :
 Nom & Prénom : EL ASRI MOSTAFA
 Date de naissance : 26/09/1973
 Adresse : N° 3 RUE 22 lot DERRA 315
ZARZOUR CHIDA
 Tél. : 0666827885 Total des frais engagés : 1890 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 11/09/2023

Nom et prénom du malade : Noureddine Khouja Age : 44

Lien de parenté : Lui-même Conjoint

Nature de la maladie : CL

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 : ROUEDDID

Le : 04/09/2023

Signature de l'adhérent(e) : JK

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
11/11/2023	(G)			<i>Universitaire Inter-Hopital P. Ass. H. P. Ass. Inter-Hopital H. P. Ass. H. P. Ass. Inter-Hopital</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/11/23	UNITE D'IMMUNOLOGIE Service de Transfusion d'Immunologie et Sangue de Tissus et de Cellules	1800
		Unité des analyses Date sous le N°.....	
		Unité des analyses Date sous le N°.....	

AUXILIAIRES MEDICAUX

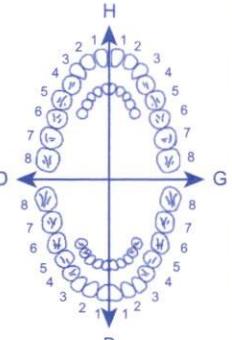
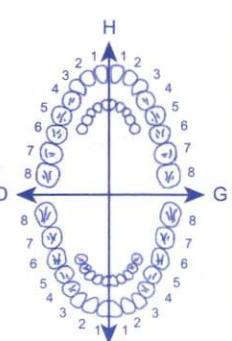
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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.

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			Coefficient DES TRAVAUX
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	
	B 00000000 11433553			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

وصفة طبية
Ordonnance

11. 7. 93

Casablanca, le :

Khourzi Nowro

Donneur Allo créf

Age : 45 ans

tympé HLA . class.

I . II (A.B. C.D.R. D9)

enfants de Rabat
de recettes
je suis le 896762

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr Ass. HADRI HALIMA
HEMATOLOGIE
121251201

FACTURE : HER/23/N/140139

Hôpital d'enfant

Date création : 21/07/2023

Couverture médicale : Payant (espèce/chèque)

Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina
Centre Hospitalier Universitaire Ibn Sina

Bénéficiaire	Adhérent
IP : 01213521 Nom et Prénom : NOURA , KHOZAI N° CIN : BH326792 Adresse : -	Nom et Prénom: NOURA , KHOZAI N° CIN: N° Immatriculation:

Date Examen	Service	Acte	Description	Qte.	Prix	Montant
21/07/2023	SALLE DE PRELEVEMENT HER	Immun12	Transfusion & imuno- Typage HLA classe I (LCT)	1	1 080,00	1 080,00
21/07/2023	SALLE DE PRELEVEMENT HER	Immun11	Transfusion & imuno- Typage HLA classe II (SSP)	1	810,00	810,00

Date Début: 21/07/2023

TOTAL : 1.890,00 DH

Date fin:

Mille Huit Cent Quatre-Vingt-Dix Dirhams

A versé au compte n°310810100012400042560111 à la trésorerie générale de RABAT au nom de l'hôpital d'enfants
Adresse : Avenue Ibn Rochd -BP 6542 Rabat Instituts- standard du CHUIS : 0537676464

Imprimé le:21/07/2023 9:46

FAX : 0537 77 92 97 WEB : www.hopitalenfants.ma
ICE : 002056603000048 / INPE : 100004654

Page 1 de 1



COMPTE RENDU

Date de la demande : 21/07/2023 à 10:03
Nom et prénom : NOURA KHOUZAI
Date de naissance : 22/05/1979
Sexe : F
Échantillon n° : 2307211247(H618) reçu le : 21/07/2023 à 10:03
Demande N° : 210723-E4635
IPP : 01213521
Etablissement : HOPITAL D'ENFANTS
Médecin Prescripteur : LABO
N° d'entrée :
Service : SALLE DE
PRELEVEMENT HER
Date d'analyse : 27/07/2023



IMMUNOLOGIE - HISTOCOMPATIBILITÉ

Technique utilisée : Polymerase Chain Reaction Real Time (PCR-RT)/ LinkSeq /QuantStudio7 Flex
Prélèvement : Sang EDTA
Indication : DMO

Typage HLA classe I

HLA A

1er allèle : *23
2ème allèle : *66
Equivalences sérologiques : A23,A66

HLA B

1er allèle : *41
2ème allèle : *50
Equivalences sérologiques : B41,B50

HLA C

1er allèle : *05
2ème allèle : *17
Equivalences sérologiques : Cw5,Cw17

Typage HLA Classe II

HLA DR

1er allèle : *04
2ème allèle : *13
Equivalences sérologiques : DR4,DR13

HLA DQ

Le 27/07/2023 à 13:46
Signature
. Aitfiss Kaoutar

COMPTE RENDU

Date de la demande : 21/07/2023 à 10:03

Demande N° : 210723-E4635



Nom et prénom : NOURA KHOUZAI

IPP : 01213521

N° d'entrée :

Date de naissance : 22/05/1979

Etablissement : HOPITAL D'ENFANTS

Service : SALLE DE
PRELEVEMENT HER

Sexe : F

Médecin Prescripteur : LABO

Date d'analyse : 27/07/2023

IMMUNOLOGIE - HISTOCOMPATIBILITÉ

1er allèle : *03

2ème allèle : *04

Equivalences sérologiques DQ7,DQ4

Le 27/07/2023 à 13:46

Signature

. Aitifiss Kaoutar