

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Honneur - Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

M23-0027501

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7394

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. MOUTI SOUAD

Date de naissance : 13/06/62

Adresse :

Tél. : 0658573246

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

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.

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 : / /

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
11/12/13				

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
	11/12/13		748,00

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 :

Veillez 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
<div> <div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Début d'exécution</div> <div>Fin d'exécution</div> </div>			
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE		
	<div> <div>H</div> <div>25533412 21433552</div> <div>00000000 00000000</div> <div>D</div> <div>00000000 00000000</div> <div>35533411 11433553</div> <div>G</div> <div>B</div> </div>		
	<div> <div>(Création, remont, adjonction)</div> <div>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</div> </div>		
<div> <div>Coefficient des Travaux</div> <div>Montants des Soins</div> <div>Date du devis</div> <div>Date de l'exécution</div> </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



-Youssofia- : 80 725

Origine : Externe

Prélèvement du : 11/12/2023 10:17:54

Numéro de dossier : L230667836

Organisme : PAYANT LABO

Référence : 231200878

RD 007837

SOUAD MOUTI

Sexe : F

Né(e) le : 13/06/1962

Prescripteur : MEDECIN EXTERNE

SEROLOGIE:**ENDOCRINOLOGIE**

Analyses	Résultat	Unité	Valeurs de Référence	Résultats Antérieurs
Triiodothyronine (T3L)	2,40	pg/ml	(1,95 - 3,60)	
Thyroxine libre (T4L)	0,81	ng/dl	(0,70 - 1,48)	

Dr. Saïda ED DYB
Médecin Biologiste
Hôpital Multidisciplinaire Youssef

IPP -Youssofia- : 80 725

Origine : Externe

Prélèvement du : 11/12/2023 10:16:50

Numero de dossier : L230667836

Organisme : PAYANT LABO

Référence : 231200879

RD 667836

SOUAD MOUTI

Sexe : F

Né(e) le : 13/06/1962

Prescripteur : EL MOUKHTARI MOHAMMED

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultat	Unité	Valeurs de Référence	Résultats Antérieurs
----------	----------	-------	----------------------	----------------------

Numération Globulaires:

Globules Rouges	5,29	10e6/ul	(4,00 - 5,40)	
Hémoglobine	12,50	g/dl	(12,00 - 15,50)	
Hematocrite	39,6	%	(35,00 - 47,00)	
V.G.M	74,9	μ3	(80,00 - 95,00)	
T.C.M.H	24,60	pg	(27,00 - 31,20)	
C.C.M.H	33,6	g/dl	(32,00 - 36,00)	
Plaquettes	293	10e3/ul	(150,00 - 400,00)	
Globules Blancs	5 800,00	/ul	(4 000,00 - 10 000,00)	

Formule Leucocytaire:

Polynucléaires Neutrophiles	51,70	%	(50,00 - 75,00)	
Soit	2999	/mm3	(2 000,00 - 7 500,00)	
Polynucléaires Eosinophiles:	2,60	%	(0,00 - 5,00)	
Soit	151	/mm3	(0,00 - 500,00)	
Polynucléaires Basophiles:	1,20	%	(0,00 - 1,00)	
Soit	70	/mm3	(0,00 - 100,00)	
Lymphocytes	40,30	%	(20,00 - 40,00)	
Soit	2337	/mm3	(1 500,00 - 4 000,00)	
Monocytes	4,20	%	(4,00 - 10,00)	
Soit	244	/mm3	(100,00 - 1 000,00)	
Au Total	100	%		

Dr. Saïda ED DYB
Médecin Biologiste
Hôpital Multidisciplinaire Youssofia

IPP : -Youssoufia- : 80 725

Origine : Externe

Prélèvement du : 11/12/2023 10:17:54

Numero de dossier : L230667836

Organisme : PAYANT LABO



Référence : 231200878

RDYB 667837

SOUAD MOUTI

Sexe : F

Né(e) le : 13/06/1962

Prescripteur : MEDECIN EXTERNE

BIOCHIMIE:**SANG**

Analyses	Résultat	Unité	Valeurs de Référence	Résultats Antérieurs
Transaminases ASAT	22	UI/L	(0,00 - 32,00)	
Transaminases ALAT	19	UI/L	(10,00 - 33,00)	

Dr. Saïda ED DYB
Médecin Biologiste
Hôpital Multidisciplinaire Youssoufia



-Facture N° 2023/P/46321-439 027

IPP : 80725

Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation	
				Début	Fin
SOUAD MOUTI	PAYANT LABO	L230667836	11/12/2023	11/12/2023	11/12/2023

Désignation des prestations	Prix unitaire	Nombre	Montant Dh
Total :			
Total :			
Laboratoires			748,00
Pharmacie			
Total Pharmacie :			

Arrêtée la présente facture à la somme de sept cent quarante-huit et xx / 100	Total général :	748,00
---	-----------------	--------

Total encaissement :	748,00	Solde :	0,00
----------------------	--------	---------	------

Les montants affichés sur cette facture sont en MAD

Désignation des prestations			Prix uni.	Nombre	Montant Dh
Laboratoires					
Actes de Biologie Médicale					
GOT	TRANSAMINASES 0 (TGO)	B	50,00 55,00	1,00	55,00
GPT	TRANSAMINASES P (TGP)	B	50,00 55,00	1,00	55,00
NFS	NUMERATION FORMULE (GLOBULES ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES)	B	80,00 88,00	1,00	88,00
T3L	TRIODOXYTHYRONINE LIBRE : T3L	B	300,00 330,00	1,00	330,00
T4L	THYROXINE LIBRE: T4 LIBRE	B	200,00 220,00	1,00	220,00
Total Actes de Biologie Médicale :					748,00
Total Laboratoires :					748,00



-Facture N° 2023/P/46321-Detail-439 027

IPP : 80725

Nom du patient	Modalité paiement	N° de dossier	Date de facturation	Période hospitalisation	
				Début	Fin
SOUAD MOUTI	PAYANT LABO	L230667836	11/12/2023	11/12/2023	11/12/2023

Honoraires Medecins

--

Total :
Total Honoraires :





Yousseoufia, le :

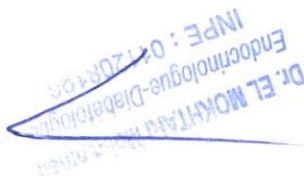
21/07/13
Moulay

Docteur :

Moulay Soud

1. sup

- 1) NFS
- 2) ASAT, ALAT
- 3) FTU, FT3



Royaume du Maroc
Hôpital Multidisciplinaire
- Youssoufia -

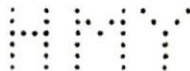
Service Admission/Facturation



المملكة المغربية
مستشفى متعدد الاختصاصات
- اليوسفية -

Quittance N°

1 757 606



IPP : 80 725 N° de dossier : L230667836

DI : 2 129 733

Patient : SOUAD MOUTI

Montant : 748,00 Dh (sept cent quarante-huit et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 11/12/2023

Facture N° : 2023/P/46321

Description :

Medecin : HEM HEMATOLOGIE

Motif : NUMERATION FORMULE (GLOBULES
ROUGES/BLANCS/PLAQUETTES) (NFS)

Paiement effectué à la CAISSE CONSULTAT

Assurance

PAYANT LABO

Cachet du caissier :

N° 0284907

Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.