

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-806573

couleur

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Matricule : 10773

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)
Nom & Prénom : BENKIRAN SITAH

Date de naissance : 14/11/77

Adresse : AVENUE BIR KACER VILLA HAJAR SIDISSI

RABAT

Tél. : 0668815991

Total des frais engagés : 300

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Pr. A. EL IDRISI LAMGHARI
Hépato-Gastro-Entérologue
Endoscopie Digestive Interventionnelle
35, Av. Fal Ould Oumeir, Appt. 5
Agdal - Rabat
INPE : 101 106 920

Cachet du médecin :

07/12/23

BEN KIRAN SITAH

Age:

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

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 : RABAT

Signature de l'adhérent(e) :

Signature : 07/12/23
MUPRAS
ACCUEIL 2023

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-806573

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
07/12/23	CS		800 DHS	INP : 101 106 920 Pr. A. EL IDRISI LAMGHARI Hépato-Gastro-Entérologue Endoscopie Digestive Interventionnelle 35, Av. FarOuld Oumeïd, Appt. 5 Tunis - Tunisie - Babat

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VIOLET ADHERENT

- Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	INP : <input type="text"/>
				
				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 COEFFICIENT MASTICATOIRE

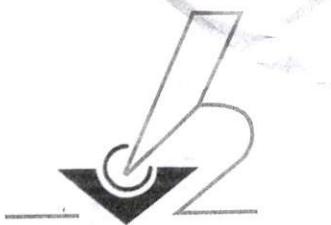
H	
25533412	21433552
00030000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

ctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



*Dossier ouvert le : 08-12-2023 à 07:31
Code patient : 23111482
Né(e) le : 14-11-1977 (46 ans)*

**Madame
BENKIRAN SIHAM**
Dossier N° : 23120360
Prescripteur : Dr EL IDRISI LAMGHARI

BACTERIOLOGIE – PARASITOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Examen macroscopique

Aspect :	Clair
Couleur :	Jaunâtre
Culot :	Peu abondant

Examen biochimique:

Albumine:	0,00 g/l
Sucre:	0,00 g/l
Corps cétoniques:	Négative
pH:	6,0

Examen direct

Leucocytes :	1 /mm ³	(<10)
Hématies :	0 /mm ³	(<5)
Cellules épithéliales :	Rares	
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Levures :	Absence	
Parasites :	Absence	

Examen bactériologique

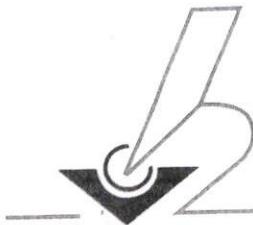
Coloration Gram : Absence de germes

Culture :

Sur milieux spécifiques : Stérile après 24 heures d'incubation

Sur gélose Sabouraud : Absence de Candida albicans

*Laboratoire d'Analyses
Bacteriologiques et Parasitologiques
Tél: 0537 70 80 82 / 0537 70 71 00
Fax: 0537 70 12 40*



Dossier ouvert le : 08-12-2023 à 07:31

Code patient : 23111482

Né(e) le : 14-11-1977 (46 ans)

**Madame
BENKIRAN SIHAM**

Dossier N° : 23120360

Prescripteur : Dr EL IDRISI LAMGHARI

Dosage immunologique de sang dans les selles

(1er jour)

Date du recueil 09-12-2023

Résultat :

15,00 ng/ml ($<75,00$)
3 μ g/g (<15)

Valeurs normales:

Négatif < 75 ng/ml (< 15 μ g/g de selles)
POSITIF > 75 ng/ml (> 15 μ g/g de selles)

CONCLUSION

Dosage immunologique de sang dans les selles Négatif

*Laboratoire d'Analyses
Biolologiques et de Recherches
Dr. BE
Tél.: 05 37 70 80 82
Fax: 05 37 70 80 80*