

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.

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



Déclaration de Maladie

N° W21-785436

*Par
Ass. D.D. R.
Ass. A.B.A.H
Ass. A.m'R.A
Ass. A.O.m'R.A*

Maladie

Dentaire
Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

8090

Société :

RAM 188890

Actif

Pensionné(e)

Nom & Prénom :

*ASS. D.D. R.
ASS. A.B.A.H*

Autre :

MO HAMED

Date de naissance :

1950

Adresse :

*AP03 IMM 47 lot ASS. A.B.A.H ASSAOm'R.A ELJADIDA
ASSAOm'R.A*

Tél. :

06 95 59 95 96

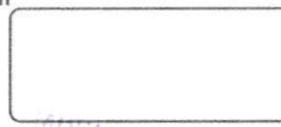
Total des frais engagés :

500 Dhs

500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :



Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Arthrose

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 : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-785436

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
21.09.83	C			INP : b71776312
25.10.83	C			

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
 LABORATOIRE EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES INPE: 073061772	21/09/83	URINE KUBIM URINE CAC 100	600.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		A M	P C	I M	I V		
.....						
.....						
.....						
.....						
.....						

VOLET 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.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

FACTURE N° 11192/23

ESSAOUIRA le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

21/09/2023
ABOUDRANE IJJA
23I2749

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
AC ANTI PEPTIDES CYCLIQUE CITRULLINES ANTI CCP PCC	200
ANTICORPS ANTI_NUCLEAIRES (ANTI NOYAUX)	150
Total du (B)	B 350
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: SIX CENT DIRHAMS

EXAMEN MEDICAL
LA LABORATOIRE
D'ANALYSES
MEDICALES
Bab Dukkala
Essaouira

Prélèvement du : 21/09/2023 à 07:56

Résultats édités le: 21/09/2023



ABOUDRANE IJJA

Dossier N° 2312749

Page: 1/1

AUTO-IMMUNITÉ

ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES.....: 0,3

(Immunofluorescence HEp2)

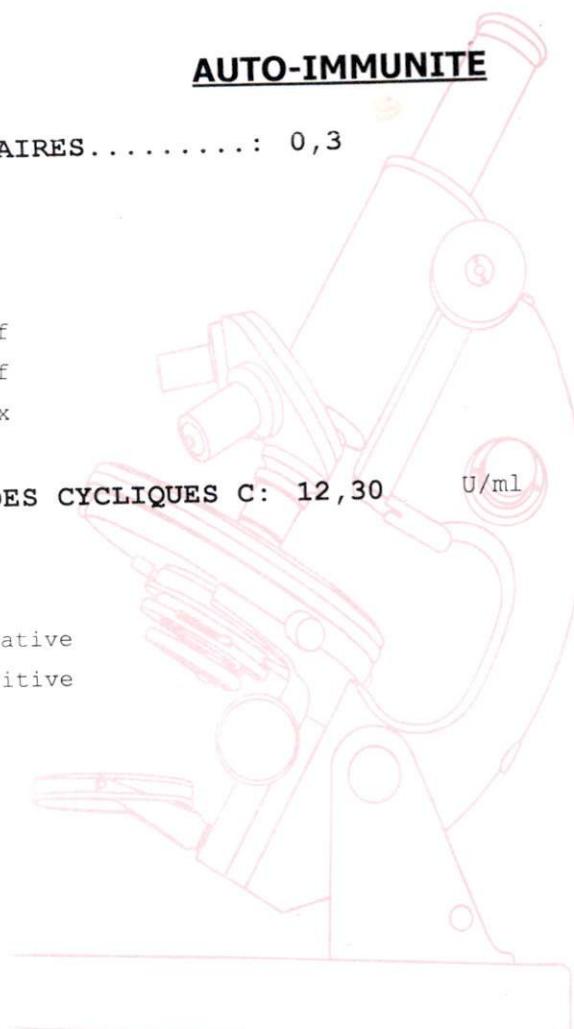
Interprétation :

- < 1,0 : Négatif
- > 1,2 : Positif
- 1 à 1,2 : Douteux

ANTICORPS ANTIPEPTIDES CYCLIQUES C: 12,30

Interprétation :

- < 20 U/ml : Négative
- > 20 U/ml : Positive



2023-09-21 16:25 User: SAFTI	Res: 0.3 Ratio	Test: ANAL
Str ipId: 2001403232625341		
2023-09-21 16:25 User: SAFTI	Rs: 12.3 U/ml	Test: CCPH
Pat ID: 4		
Str ipId: 301146563873137		
	To:	

LABORATOIRE ABDELKrim
EL KHATABI D'ANALYSES
MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen
Essaouira - Maroc



Le : 07/09/2013

Aboudnare Ijje

- Anh CCP

- AAN s'as → type

Dr. Latifa ALAHYAN
Medecin Essaouira
Tél/Fax : 05 24 78 58 66
boulevard 13
Essaouira
Dr. Latifa ALAHYAN
Medecin Essaouira
Tél: 05 24 78 33 87
boulevard 13
Essaouira

LABORATOIRE
ALKHAWAYN
MLL
Médical Laboratory
Laboratoire Médical
Laboratorio Médico
Laboratorio Médico