

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)
9362

Société : ROYAL AIR MAROC

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KHOUYIBARA AOUA

Date de naissance : 13-4-70

Adresse : 31 RUE KENTRA NEZAR

Tél. : 066111764

Dr AHINENNAI Laboucine

Co-praticien: Échographie
Diabète Maladies du cholestérol - Obésité - Régimes
Angle Bd la Résistance - Palestine Imm 234
1er Etage Appt 1. Mohammedia
Tél : 05 23 28 65 55

Cachet du médecin :

Date de consultation : 21/12/2023

Nom et prénom du malade : KHOUYIBARA AOUA

Age :

Lien de parenté : 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 : CHAMOUNA

Le : 22/11/24

Signature de l'adhérent(e) :



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
21/03/23	Consultation	1	1000 Dhs	INP : 1111111111111111 AHMED EL HADJ Spécialiste en Endocrinologie Lipidologue - Diabète - Obésité - Régimes Angie Bd la Résistance - Palestine Imm 234 1er Flage Appl 1, Mohammadia Tél: 0528 55 55

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE AMAR Mohammed AMAR BILOGISTE Bd.Med.V - M Tél : 05	24/12/28	8.000	60.000

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																			
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	INP : <input type="text"/>															
O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">00000000 00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">35533411 11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> </table>			H	25533412	21433552	00000000 00000000			D	00000000	00000000	35533411 11433553			B	B	G	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H	25533412	21433552																
	00000000 00000000																		
	D	00000000	00000000																
	35533411 11433553																		
	B	B	G																
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>															
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>															
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																			

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

31221262

Analyses effectuées le: 21/12/2023

Pour.....: **Mr. KHOUYIBABA ADIL**

Sur prescription du: Dr AHNENNNAI LAHOUCINE

Code.....: 00033983



Organisme.....:

Bilan:

PSA UREE CREAT TGP TGO

Cotation : (B 460)

Montant Net : 641.40 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

SIX CENT QUARANTE UN Dhs 40 Cts

1/

LABORATOIRE AMARA
Dr. M. AMARA
3, Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30
Fax: 0523.30.43.20
www.amaramedical.com

BILAN BIOLOGIQUE

Le : 21/02/2023

Nom/Prénom : KHOUINY BARA ADI Age : Sexe : H F

Hématologie <input type="checkbox"/> NFS <input type="checkbox"/> Plaquettes <input type="checkbox"/> VS <input type="checkbox"/> CRP <input type="checkbox"/> Hémoculture + Antibiogramme	Fonction hépatique et enzymologie <input type="checkbox"/> Amylasémie <input type="checkbox"/> Bilirubine libre et conjuguée <input type="checkbox"/> Phosphatases Alcalines <input checked="" type="checkbox"/> Lactate Déshydrogénase LDH <input checked="" type="checkbox"/> Transaminases ASAT, ALAT <input type="checkbox"/> Gamma-GT <input type="checkbox"/> CPK (Créatine Phosphokinase) <input type="checkbox"/> Troponine <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protéines EPP <input type="checkbox"/> BNP	Bilan lipidique <input type="checkbox"/> Cholestérol total <input type="checkbox"/> Cholestérol HDL <input type="checkbox"/> Cholestérol LDL <input type="checkbox"/> Triglycérides
Bilan martial <input type="checkbox"/> Fer sérique <input type="checkbox"/> CTF <input type="checkbox"/> Ferritine <input type="checkbox"/> Transferrine	Groupage sanguin <input type="checkbox"/> ABO <input type="checkbox"/> Rhésus <input type="checkbox"/> RAI	Bilan thyroïdien <input type="checkbox"/> T3L <input type="checkbox"/> Ac Anti - TPO <input type="checkbox"/> T4L <input type="checkbox"/> Ac Anti - TG <input type="checkbox"/> TSH <input type="checkbox"/> TRAK
Hémostase <input type="checkbox"/> Temps de prothrombine <input type="checkbox"/> TCK <input type="checkbox"/> Fibrinogène <input type="checkbox"/> INR	Sérologie et immunologie <input type="checkbox"/> TPHA-VDRL <input type="checkbox"/> Hépatite B <input type="checkbox"/> Antigène Hbs <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbs <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbc <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-Hbe <input type="checkbox"/> Hépatite C <input type="checkbox"/> Anticorps Anti-HVC <input type="checkbox"/> Sérologie Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Sérologie Rubéole <input type="checkbox"/> Facteur Rhumatoïde (Latex, Waaler Rose) <input type="checkbox"/> Anticorps anti-nucléaires <input type="checkbox"/> Anticorps anti-DNA natif <input type="checkbox"/> ASLO <input type="checkbox"/> Dosage du complément <input checked="" type="checkbox"/> Sérologie HIV	Ionogramme urinaire <input type="checkbox"/> Ca ⁺⁺ <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Na ⁺ <input type="checkbox"/> K ⁺ <input type="checkbox"/> Cl ⁻ <input type="checkbox"/> Urée <input type="checkbox"/> Crétatbine
Ionogramme sanguin <input type="checkbox"/> Na ⁺ <input type="checkbox"/> K ⁺ <input type="checkbox"/> Cl ⁻ <input type="checkbox"/> Ca ⁺⁺ <input type="checkbox"/> Phosphore <input type="checkbox"/> Mg ⁺⁺ <input checked="" type="checkbox"/> Bicarbonates (HCO ₃ ⁻) <input checked="" type="checkbox"/> Urée <input checked="" type="checkbox"/> Crétatbine <input type="checkbox"/> Acide urique	Exploration de la prostate <input checked="" type="checkbox"/> PSA	Dr. AHNENNAI Lahoucine Omnipraticien-Echographie Diabète - Maladies du cholestérol - Obésité - Régimes Angle Bd la Résistance - Rabat - Imme 224 1 ^{er} Etage Appt 1. Mohammedia Tél: 05 23 26 65 55
Examen des urines <input type="checkbox"/> Protéinurie des 24h <input type="checkbox"/> ECBU + Antibiogramme <input type="checkbox"/> Microalbuminurie des 24h <input type="checkbox"/> Microalbuminurie sur échantillon d'urine du matin		
Autres :		