

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| O Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| O 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° W19-533733

43390

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input checked="" type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	9907	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	LAAROUSSI Abderrazak
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	0661 09 54 67	Total des frais engagés :	478,30 Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :			
<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 :

Casa

Signature de l'adhérent(e) :



Le : 08/10/2010

## **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
01/10/2015	Doct S	-	1200	INP : 081177901 INPE 081177901 Dr. Silviano Assistante Générale N° 55 Casablanca 26/27

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 Mouna Rifi El Oustaz - Casablanca Casablanca 72 41	01/10/20	96,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE D'ANALYSES RADIOGRAPHIQUES DAROLIA Tél : 06 22 21 90 36 Fax : 06 22 81 50 15</i>	<i>21/03/2000</i>	<i>B80.</i>	<i>262,00</i>

#### 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 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

# عيادة الدكتورة سهام حنانة

Cabinet Médical Dr Siham Hanana

Médecine Générale

[Femme , Homme et enfants]

Diplôme d'echographie générale de la  
Faculté de médecine de Casablanca

Suivi de la grossesse

Electrocardiogramme



الطب العام

(نساء ، رجال وأطفال)

دبلوم الشخص بالتصدي

كلية الطب بالدار البيضاء

متابعة العمل

تخطيط القلب

الدار البيضاء في :

Casablanca, le :

01/10/26

barenki Ahlamyak.

82,10

1 | EMA.C



logel (J 14J)

1 MA x 3 \ J

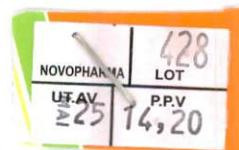
16,20

2 | Céphalène



96,30

Dr Siham Hanana  
Diplôme d'echographie générale  
Yasmine 1 Bd Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA  
Tel : 05 22 21 72 41



دوائية المستحلا  
PHARMACIE DES URGENCES  
Mouna RONDA  
Hay El Ousra - Al Inara  
Ain Chock - Casablanca  
Tél : 0522 21 72 41

الرجو إحترام وصفة طبيبك

باسمينة 1 شارع أمكالة رقم 58 فوق صيدلية الأسرة (قرب الإذاعة) عين الشق - الدار البيضاء

Yasmine 1 Bd, Amgala N° 58 au dessus de la pharmacie OSRA (Prés Studio Ain chock ) - Casablanca

Tél : 05 22 21 26 27 - الهاتف : 001804547000040

# BILAN BIOLOGIQUE

....., Le : 01/10/2023

Nom / Prénom : Baroudi Aline maga K.

Age :

Sexe : H  F

- NFS       Acide urique sanguin  
 Groupage sanguin       T3 - T4  
 Glycémie à jeun       TSH  
 Glycémie post prandiale       VS  
 HbA1c       Ionogramme sanguin  
 Albuminurie       Urée sanguine  
 Microalbuminurie       Créatinémie  
 GOT/GPT       Sérologie  
 Cholestérol Total      - Toxoplasmose  
 HDL-Cholestérol      - Syphilis  
 LDL-Cholestérol      - Rubéole  
 Triglycérides       PSA  
.....  
 Autre : .....

# Facture

INPE LABORATOIRE : 093061729



N° facture : 2020-01132

Édité le : 05/10/2020

Patient : Mr LAAROUSSI Abderrazak

Date prélèvement : 03/10/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Acide urique	30	33,00
Triglycérides	60	66,00
Cholestérol total	30	33,00
HDL-Cholestérol	50	55,00
LDL-Cholestérol	50	55,00
<b>Total B</b>	220	242,00
<b>APB</b>	1,0	20,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		262,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent soixante-deux dirhams\*\*\*

LA BO DAA TOIRE  
LABORATOIRE  
TÉL : 05 22 21 90 36  
TÉL : 05 22 87 50 15



Laboratoire Dar al Idaa

Casablanca, le 03/10/2020

Soit

## Compte rendu d'analyses



\*\*\*

Dossier N° : 031020-002 Pvt du: 03/10/2020

Nom : Mr LAAROUSSI Abderrazak

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Acide urique	: 68 mg/l	( 35 - 72 )	73 (21/09/19)
Triglycérides	: 1,46 g/l	( 0,45 - 1,5 )	2,81 (21/09/19)
Cholestérol total	: 1,64 g/l	( 1,5 - 2 )	2,69 (21/09/19)
HDL-Cholestérol:	: 0,39 g/l		0,49 (21/09/19)
 <0,4: risque élevé 0,4-0,6: risque modéré >0,6: risque faible			
LDL-Cholestérol	: 0,96 g/l	( 1,1 - 1,6 )	1,64 (21/09/19)

Nous vous remercions de votre confiance

