

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## ditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## éducation :

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.

## ntaire :

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

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données caractére personnel.

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



## Déclaration de Maladie

Nº P19- 050003

Optique M. H  Autres

### Maladie

### Dentaire

#### Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 12571

Société : RAM

Actif  Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MHAIDER MEHDY

Date de naissance : 29.04.1987

Adresse : CASAYIEN TRANCHE 11113 APT 22 NASSIM /  
CASABLANCA

Tél. : 0661931211

Total des frais engagés : 655,00 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAZZA NISSON 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 : CASABLANCA

Le : 07/10/2023

Signature de l'adhérent(e) :

### RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Nature des Actes          | Nombre et Coefficient   | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes |
|-----------------|---------------------------|---|---------------------------------|--|
| 21/09/2012      | Pr. CHENGUITI ANSARI Anas | Spécialiste en Gynécologie Obstétrique<br>INPC : 101102598<br>Hôpital Cheikh Zaid | 350 - 101                       |  |

### EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|--|------|-----------------------|
|  |      |                       |
|  |      |                       |

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date       | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|------------|------------------------------|------------------------|
|   | 21/09/2012 | 3950                         | 355                    |

### AUXILIAIRES MEDICAUX

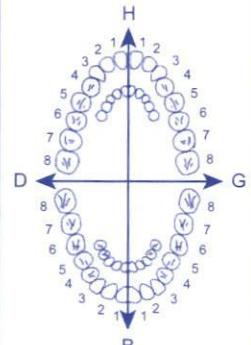
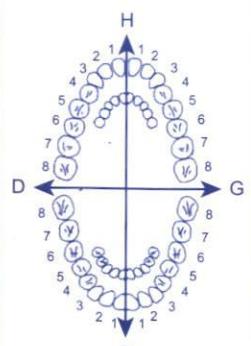
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre |     |     |     | Montant détaillé des Honoraires |
|----------------------------------|----------------|--------|-----|-----|-----|---------------------------------|
|                                  |                | A M    | P C | I 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

| SOINS DENTAIRES  | Dents Traitées                            | Nature des Soins                       | Coefficient       | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|--|---|--|-------------------|-------------------------|
|       |   |  |                   |                         |
|     |   |  |                   |                         |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES  | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE |  |                   | MONTANTS DES SOINS      |
|  | H   | 25533412 21433552<br>00000000 00000000 | G                 |                         |
| D  | 00000000 00000000                         | B                                      | 35533411 11433553 |                         |
|  |   |  |                   |                         |
| (Création, remont, adjonction)<br>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession |   |  |                   | DATE DU DEVIS           |
|  |   |  |                   |                         |
|  |   |  |                   |                         |
|  |   |  |                   | DATE DE L'EXECUTION     |
|  |   |  |                   |                         |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le : 21 SEPT. 2020

Docteur :

Mme  
BAZZA RAJAE.

fHCG quantitatif.

L.A. M.Riad  
 0537 781 0536  
 0537 5725700  
 0537 5725700  
 0537 5725700  
 0537 5725700



- Analyses Médicales
- Biologie Spécialisée
- Procréation Médicalement Assistée.
- Cytogénétique Moléculaire.

Page 1 sur 1

Édité le 21-09-2020 à 18:09

Préscripteur : **Pr Anas CHENGUITI ANSARI**

Enregistré le : 21-09-2020 à 12:28

Prélevé le : 21-09-2020

EXAMEN du 21-09-2020

**Mme BAZZA Rajae**

**Code Patient :1607222110**

Né(e) le : 14-11-1988



### BETA-HCG TOTALES

(Chimiluminescence Beckman Coulter)

Seuil de sensibilité de la réaction : 5 mUI/mL

Valeurs physiologiques approximatives en semaines de grossesse :

(Rajouter 15 jours pour calculer en semaines d'aménorrhée)

| Age Gestационnel | Concentration B.H.C.G.<br>(mUI/mL) |
|------------------|------------------------------------|
| < 1              | 5                                  |
| 1 à 2            | 50                                 |
| 2 à 3            | 100                                |
| 3 à 4            | 500                                |
| 4 à 5            | 1 000                              |
| 5 à 6            | 10 000                             |
| 6 à 8            | 15 000                             |
| 8 à 12           | 10 000                             |
|                  | à 50                               |
|                  | à 500                              |
|                  | à 5 000                            |
|                  | à 10 000                           |
|                  | à 50 000                           |
|                  | à 100 000                          |
|                  | à 200 000                          |
|                  | à 100 000                          |

2 324 mUI/mL

16-09-2020

131

Résultats de garde en attente de validation biologique.

Ref: 25995350 - ID: 15349036  
06 37 67 23 23 - 05 37 71 05 06  
Tél: 05 37 71 05 06  
L.A.M.Riad

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

## Service Admission/Facturation

Quittance N°

Consultation le : 21/09/20 A

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C202736670

Patient : BAZZA RAJAE

Montant : 300,00 Dh (trois cents et xx / 100)

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 21/09/2020

Description :

Medecin : C0239 CHENGUTI ANSARI ANAS

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 1

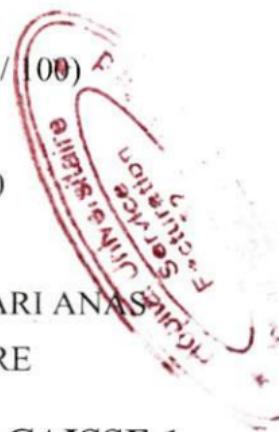
Le reliquat éventuel sur les avances est restitué du lundi au vendredi de 8h30 à 18h00 et le samedi de 8h30 à 12h00.

Délai du résultat Test COVID-19 à partir de 48 heures.

H02

2 259 017

DI : 2 563 820



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 01639909