

# 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.

## Biologie 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 canaux, 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 canaux.

## 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 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° P19- 050003

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

M.H

☒ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571

Société : RAM

☒ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MHADER MEHDI

Date de naissance : 22.04.1987

Adresse : CASABLANCA TRANCHE A IM 13 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 : B. A. A. A. A.

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 : 07/10/2020

Signature de l'adhérent(e) :

*(Signature)*



# RELEVÉ 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
21/09/2020	Consultation	1	3250	Pr. CHENGUIT ANSARI Anas Spécialiste en Gynécologie Obstétrique INPE : 101102598 Hôpital Cheikh Zaïd

# 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
	21/09/2020	3250	3550

# AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX													
				MONTANTS DES SOINS													
				DEBUT D'EXECUTION													
				FIN D'EXECUTION													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS														
			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.

$\beta$  HCG quantitatif.

L.A.M. Riad  
Tél : 05 37 77 99 60  
05 37 57 28 78  
Fax : 05 37 77 99 60  
Date : 2020/09/21

Pt. CHENGUITI ANSARI Anas  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
INPE : 01102598  
Hôpital Cheikh Zaïd  
\*\*\*



Edité 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



## HORMONOLOGIE

### **BETA-HCG TOTALES**

( Chimiluminescence Beckman Coulter )

**2 324 mUI/mL**

16-09-2020

131

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

**Résultats de garde en attente de validation biologique.**

**CENTRE DE BIOLOGIE RIAD**

05 37 67 23 23 - 05 37 71 05 06  
Tél : 05 37 71 05 06  
Fax : 05 37 71 05 06  
L.A.M. Riad





Service Admission/Facturation

Quittance N°

2 259 017

Consultation le : 21/09/20 A

2 259 017

IPP : 1 408 012 N° de dossier : C202736670

DI : 2 563 820

Patient : BAZZA RAJAE

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

Mode de paiement : Espece

Date d'encaissement : 21/09/2020

Description :

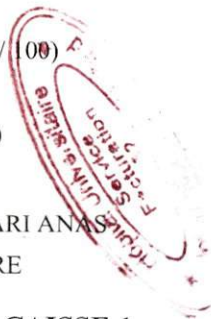
Medecin : C0239 CHENGUITI ANSARI ANAS

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.



Assurance

CLIENTS PAYANTS

Cachet du caissier :

N° 01639909