

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être clairement 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 canalaire, 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 canalaire.

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

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 Mohammed V et Avenue Hassan II - Casablanca - Quartier de l'Institut Casablanca 20000 - Tel: 05 22 20 45 45 (UG) - Fax: 05 22 20 45 46 - E-mail: info@mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-540643

44179

Maladie Dentaire Optique Autres

Matricule : 08678

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Bouzahzah Ahmed

Date de naissance : 29 Juillet 1957

Adresse : 20 rue Ras Asfour Lot Laajej Oujda

Tél : 0661 62 78 08

Total des frais engagés :

Dhs 133,50

Cadre réservé au Médecin

Dr Ahmed LAKLAECH
Médecine Générale
Hay Lamia Bloc 6 - N°9 bis
Hay Mohammadi-Casablanca
Tél: 05 22 52 81 36

Cachet du médecin :

Date de consultation :

08/06/162

Nom et prénom du malade :

Bouzahzah Ahmed

Lien de parenté :

Lui-même

Age : _____

Nature de la maladie :

Conjoint
 Enfant

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer l'information sous pli confidentiel à l'adresse 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

Signature de l'adhérent(e) :

Hamed



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 la Paiement des Actes
08/06/2023	9	60	INP : 08A08114 Dr. Ahmed LAKLAL Médecine Générale	

Dr. Ahmed LAKLACHEH
Medecin Général
May Lemia BLOC 6 - N° 6 bis
CES mohammed-Casablanca

Payable
TUES 22 62 81 3

Montant de la Facture

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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		

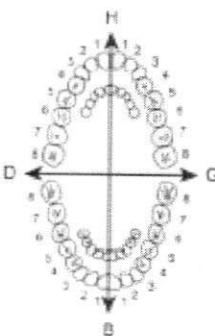
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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'EDF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				<input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

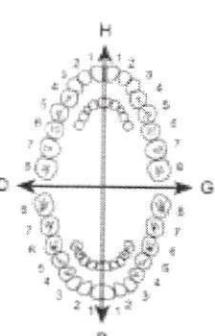


O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATIF

H	G
25533412	21433562
00000000	00000000
<input checked="" type="checkbox"/>	
00000000	00000000
35533411	11433563

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX	
MONTANTS DES SOINS	
DATE DU DEVIS	
DATE DE L'EXECUTION	
ET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION	

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

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



DECLARATION DE MALADIE

N° W19-540643

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

Bon Zah Zoh el hach

Date de naissance :

23 / 07 / 1957

Adresse :

20 Rue Nas Asfan lot laaly
Oujda

Tél. : 0661 627808

Total des frais engagés : 133,60 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 :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-540643

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

DETAILLAGE DES HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
				INP : <input type="text"/>

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 Crofficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES 11-13, Rue Houcine Ben Ali Casablanca - 101-105 22.27.64.84		Mr BOUZAHAZAH Ahmed Dossier : e0630004 / Date 30.06.2021 Total B: 150 / Dossier : 133,50DH B: 90 B: 60	

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	D
00000000	00000000
35533411	11433553
	B

[Création, remont, adjonction]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COUDON

LABORATOIRE D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A.TOUIMI BENJELLOUN

Docteur J. TAZI SIDQUI

Y.TOUIMI BENJELLOUN

Ep.TAHIRI

Pharmacien Biogiste

Docteur d'Etat en Pharmacie

Professeur Agrégé de Biochimie

de la Faculté de Nancy

Anatomo-cytopathologiste

de la Faculté de Paris VI

Ancien Maître-Assistant

C.H.U de Rabat

Pharmacien Biogiste

de l'Université Libre

de Bruxelles

Membres  International

FACTURE

Numéro e0630004

N° Matricule: 0008678 A

Analyses du 30.06.2020

Prescrit par : Dr LAKLALECH AHMED

Monsieur BOUZAHZAH Ahmed
ANTARIA 1 RUE JBAL HABRI NO
RAM MUPRAS
CASABLANCA

Le 30 Juin 2020

CBU BACU ATB1

TOTAL des B : 150 (Tarif RAM)
TOTAL Facture : 133,50 DH

Part à la charge du patient : 100% 133,50 DH

Net à payer : 133,50 DH

PAYE



CORIPOLE

LABORATOIRES D'APPLICATIONS SCIENTIFIQUES

A. TOUIMI BENJELLOUN

Pharmacien Biologiste
Docteur d'Etat en Pharmacie
Professeur Agrégé de Biochimie
de la Faculté de Nancy

Docteur J. TAZI SIDQUI

Anatomo-cytopathologiste
de la Faculté de Paris VI
Ancien Maître-Assistant
C.H.U. de Rabat

Y. TOUIMI BENJELLOUN
Ep. TAHIR

Pharmacien Biologiste
de l'Université Libre
de Bruxelles

Membres  International

Dossier N°e0630004

Docteur LAKLAECH AHMED
HAY LAMIA BLOC 6
CASABLANCA

Patient né le 29.07.1957 62 ans

Monsieur BOUZAHAZ Ahmed
ANTARIA 1 RUE JBAL HABRI NO
RAM MUPRAS
CASABLANCA

Enregistré le 30.06.2020 à 8h21

Édition du 1 juillet 2020

Edition du 1 Juillet 2020

BACTERIOLOGIE

EXAMEN DU CULOT URINAIRE

Uries émises au laboratoire aseptiquement.

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect → légèrement trouble
Couleur → jaune

EXAMEN MICROSCOPIQUE DIRECT

Leucocytes	⇒ 2.000 /ml (N: < 10.000)
Hématies	⇒ 1.000 /ml (N: < 5.000)
Cellules épithéliales	⇒ Rares
Cylindre	⇒ Absence
Cristaux	⇒ Assez nombreux cristaux d'oxalate de Calcium
Filaments de mucus	⇒ Quelques

EXAMEN DIRECT APRES COLORATION DE GRAM

Absence de germe à l'examen direct.

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE DES URINES

CULTURE D'ISOLEMENT AVEC NUMERATION

Après 24 heures de culture à 37°: Culture stérile.

Numération de germes par ml

Dr A. TQUIMI BENJELLOUN

PAGE 1 / 1