

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-580967

50314

Optique

Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule

A2610

Société

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom

BENHAMZA Samy - Amine

Date de naissance

26/03/1986

Adresse

Harhoura

Tél. : 06617K0076

Total des frais engagés

1732,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

29/10/2020

Nom et prénom du malade :

Benhamza Samy Amine

Age

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Fracture clavicule

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 02/11/2020

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
17/01/2020			300 DH	INP : [REDACTED] Dr. Hienam [REDACTED] Spécialiste en Médecine Dentaire INPE 10100000 Nabil Cheha [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
20/01/2020	BL050	1432 DH

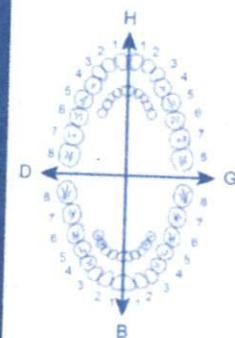
AUXILIAIRES MEDICAUX

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

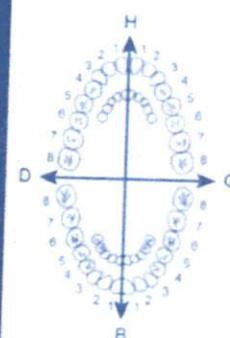
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 : [REDACTED]



ODF PROTHESSES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

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

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel. Thérapeutique. nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]

FIN D'EXECUTION [REDACTED]

COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]

MONTANTS DES SOINS [REDACTED]

DATE DU DEVIS [REDACTED]

DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مشفى جامعي دولي

Rabat, le 22/05/2020

Docteur

Dr Benhamza Samy Amine

11 ANS

11 de sé ECT

31 ANNEE



Mr BENHAMZA Samy-Amine

26-03-1986

M



2010220107
Ordonnance

ORDO

Dr. Benhamza Samy Amine
Spécialiste en Médecine Interne
N°: 1611009957
Hôpital Cheikh Zaid

CENTRE DE BIOLOGIE AL WIFAK

Laboratoire d'Analyses Médicales et Spécialisées

Tél : 0537 40 30 30 – Fax : 0537 40 30 36 – Courrier électronique : contact@cbw.ma

Site web : www.cbw.ma

INPE -Professionnel



107163479

INPE -Etablissement



103061172

FACTURE N° : 201000836

TEMARA le 22-10-2020

Mr Samy-Amine BENHAMZA

N° de dossier : 2010220107

Date de l'examen : 22-10-2020

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	PRELEVEMENT SANGUIN	-	HN
0347	Auto anticorps anti nucléaires 150 201	B150	B
0394	Anticorps Anti ECT	B500	B
0531	Anticorps anti-neutrophiles cytoplasmiques (ANCA) : Myeloperoxidase, Proteinase 3, GMB par technique luminex ou équivalent	B400	B

Total des B¹ : 1050

TOTAL DOSSIER : 1432MAD

Arrêtée la présente facture à la somme de : : mille quatre cent trente-deux dirhams

Mode de paiement effectué : Carte bancaire

Le B est un coefficient clef imposé par l'assurance maladie et affecté pour chaque analyse remboursée.

INFORMATION IMPORTANTE AUX PATIENTS : Si vous êtes titulaire d'une mutuelle ou assurance maladie, merci de déposer votre dossier mutuelle dans un délai ne dépassant pas 2 mois de la date de l'exécution des analyses médicales. Le changement ultérieur de date sur la facture, la feuille de mutuelle et le compte rendu par notre laboratoire ne pourra pas être effectué.

CACHET DU LABORATOIRE :



Complexe Médical Al Wifak (rdc), Lot°3214, Avenue Docteur Adbelkarim El Khateb

Quartier Al Wifak, Temara

CNSS : 4703022 – Patente : 279375 91 – IF : 35397934

ICE : 001798141000051

RIB : BMCI – 013 825 01243 00006400150 20

**Dossier enregistré le :** 22-10-2020 à 14:56**Code patient :** 1702230011**Mr Samy-Amine BENHAMZA****Né(e) le :** 26-03-1986 (34 ans)**Dossier N° :** 2010220107

Prescripteur : Pr HICHAM HARMOUCHE

Prélèvement interne**AUTO-IMMUNITE**

Contrôle de qualité systématique avec chaque test(Diagnostika GmbH-Germany & Euroimmun -Germany)

RECHERCHE DES ANTICORPS ANTI-NUCLEAIRES (ANA) (Dépistage)**Résultat**

(ELISA sur ALEGRIA ORGENTEC®)

Recherche négative

Index:0.2 Ratio (<1.2)**AUTO-ANTICORPS ANTI-ANTIGENES NUCLEAIRES SOLUBLES****(ENA DEPISTAGE)****Résultat :**

(ELISA sur ALEGRIA ORGENTEC®)

Recherche négative

Index0.4 (<5.0)

La recherche a été effectuée de manière simultanée pour les auto-anticorps suivants:

SS-A 60, SS-A 52, SS-B, Sm, RNP/Sm, Scl-70, and Jo-1

Anticorps anti-cytoplasme des polynucléaires neutrophiles – ANCA – sérum :**Résultat**

(ELISA sur ALEGRIA ORGENTEC®)

Recherche négative

INDEX0.1 Ratio (<1.2)

Royaume du Maroc

Hôpital Cheikh Zaid

Hôpital Universitaire International



المملكة المغربية

مستشفى الشيخ زايد

مستشفى جامعي دولي

Service Admission/Facturation

Quittance N°

HCI

2 279 889

IPP : 1 061 325 N° de dossier : C202772376

DI : 2 587 456

Patient : BENHAMZA SAMY AMINE

Montant : 310,00 Dh (trois cent dix et xx / 100)

Mode de paiement : CARTE BANCAIRE N° du document : 3312

Date d'encaissement : 22/10/2020

Description :

Medecin : C0279 HARMOUCHE HICHAM

Motif : CONSULTATION EXTERIEURE + FRAIS

DOSSIER

Paiement effectué à la CONSULT CAISSE 4

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° 1659661