

# 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](mailto:contact@mupras.com)  
Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)  
Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 060294

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 19389 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ABU OBIDA KHADDAY

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : 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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



# SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des																				
<b>O.D.F.</b> Prothèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																					
	25533412	21433552																						
00000000	00000000																							
00000000	00000000																							
35533411	11433553																							
(Création, Remont, adjonction)			Date du devis																					
Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Fin de																					

<b>VOLET ADHERENT</b>	NOM : .....	Mle
DECLARATION N°	W18-401500	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois		
Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



W18-401500

DATE DE DEPOT

...../...../201...

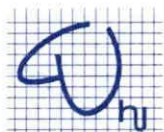
<b>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</b>		Mle
Nom & Prénom .....		
Fonction : 50049	Phones .....	
Mail .....		
<b>MEDECIN</b>	Prénom du patient M <sup>re</sup> ABOU BIDA Khaddouj	
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 86 ans	Date 02-01-20
Nature de la maladie		Date 1ère visite
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C2		G
C2		G
<b>PHARMACIE</b>	Date .....	
Montant de la facture		
<b>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</b>		
Date : 02/01/20		
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires	
B40	78,60	
B40	78,60	
<b>AUXILIAIRES MEDICAUX</b>		
Date : .....		
Nombre		Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM
		IV

Docteur Hassan JAMM  
CARTIOL  
20, Rue d'Al Maadira - Casa  
Tél: 0522 39 01 01 Fax: 0522 36 79 35  
MP: 091080218

Docteur Hassan JAMM  
CARTIOL  
20, Rue d'Al Maadira - Casa  
Tél: 0522 39 01 01 Fax: 0522 36 79 35  
MP: 091080218

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Imm. B28 NE 1 Ed. Ibn Sina - Hay Hassan  
Tél: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21





# Dr. Hassan JAMMI

## CARDIOLOGUE

Casablanca, le 04-01-2020

Mme ABOU OBIDA Khaddouj



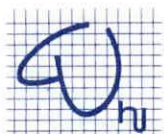
TP



INR

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N°1 Bd. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tél.: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax: 0522 89 69 88

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20, Rue Oumaima Sayah - Casa  
Bd. Al Massira - Khadra - Casa  
Tél.: 0522 39 31 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INP: 091080218



# Dr. Hassan JAMMI

## CARDIOLOGUE

Casablanca, le 03.02.2020

Mme ABOUOBIDA K. Adouj



TP

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N°1 Bd. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tél.: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21



INR

Docteur Hassan JAMMI  
CARDIOLOGUE  
20 Rue Oumma Sayah - Casa  
Bd. Al Massara Al Khadra  
Tél.: 0522 39 27 01 - Fax: 0522 36 79 35  
INR: 091080218

# LABORATOIRE HAY HASSANI

D'analyses Médicales et Biologiques

Immeuble B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca

## Note d'honoraire

Honoraire N°: 2020-000870

Date 02/01/2020

Patient Mme ABOU OBIDA Khaddouj

Date Prélèvement : 02/01/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Surveillance biologique des traitements sous AVK	40	53,60
<b>Total B</b>	40	53,60
<b>APB</b>	1,5	25,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		78,60

Note d'honoraire: Soixante-dix-huit dirhams 60 centimes\*\*\*

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N°1 Bd. Ibn Sina Hay Hassani  
Tél: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 23  
Fax: 0522 89 69 88

# LABORATOIRE HAY HASSANI

D'analyses Médicales et Biologiques

Immeuble B28, RDC N° 1, Bd. Ibn Sina - Hay Hassani - Casablanca

## Note d'honoraire

Honoraire N°: 2020-000871

Date 03/02/2020

Patient Mme ABOU OBIDA Khaddouj

Date Prélèvement : 03/02/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Surveillance biologique des traitements sous AVK	40	53,60
<b>Total B</b>	40	53,60
<b>APB</b>	1,5	25,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		78,60

Note d'honoraire: Soixante-dix-huit dirhams 60 centimes\*\*\*

LABORATOIRE HAY HASSANI  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imme. B28 N°1 Bd. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tél: 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax: 0522 89 69 88



**Dr. Samira BENBRAHIM**  
Pharmacien Biologiste  
Diplôme Université Paris Descartes  
DU Assurance de la qualité en biologie médicale  
DU Auditeur qualité en biologie médicale

Casablanca, le : 03/02/2020

Dossier N° : 030220-039



Nom : Mme ABOU OBIDA Khaddouj

Code Patient : 18-02359 Prélèvement du: 03/02/2020 09:23:

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

Valeurs Usuelles

#### SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DES TRAITEMENTS PAR LES AVK

Taux de prothrombine : 26,6 %  
INR : 2,25

*OK*

#### Indications

#### TP

#### INR

-Prévention et traitement des thromboses  
Veineuses et des embolies pulmonaires  
-Prévention des embolies systémiques

25 à 35%

2 à 3,5

- Valve cardiaque mécanique  
- Embolies systémiques récidivants

15 à 25%

3,5 à 5,0

Le Biologiste

**LABORATOIRE HAY HASSANI**  
Dr. Samira BENBRAHIM  
Imm. B28 N° 1 El Hamra - Casablanca  
Tél : 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax : 0522 89 69 88





Casablanca, le : 02/01/2020

Dossier N° : 020120-043



Nom : Mme ABOU OBIDA Khaddouj

Code Patient : 18-02359 Prélèvement du: 02/01/2020 09:53:

Demandé par Dr : JAMMI Hassan

## Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

### ANALYSES D'HEMOSTASE-COAGULATION

Valeurs Usuelles

#### SURVEILLANCE BIOLOGIQUE DES TRAITEMENTS PAR LES AVK

Taux de prothrombine	:	19,7	%
INR	:	2,93	.

Indications

TP

INR

-Prévention et traitement des thromboses  
Veineuses et des embo'ies pulmonaires  
-Prévention des embolies systémique

25 à 35%

2 à 3,5

- Valve cardiaque mécanique  
- Embolies systémiques récidivants.

15 à 25%

3,5 à 5,0

Le Biologiste

**LABORATOIRE HAY HASSANI**  
**Dr. Samira BENBRAHIM**  
Imm. B28 N°1 Ed. Ibn Sina - Hay Hassani  
Tél : 0522 89 69 87 - 0522 93 32 21  
Fax : 0522 89 69 88