

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 |

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 : N° S19-0002499

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8599 Société : R.A.M.

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : HIFDJI FATHNA Date de naissance : 01/07/64

Adresse : Rue Dakhla n° 3 Casablanca

Tél. : 0697294239 Total des frais engagés : 0500.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 10 MARS 2020

Nom et prénom du malade : Hifdji Fathna Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Incurable digestiv

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 : les Le : 06/03/2020

Signature de l'adhérent(e) : Hifdji Fathna

RELEVE 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
05/01/2012				

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
	29/02/2010	135000f 135	90010

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

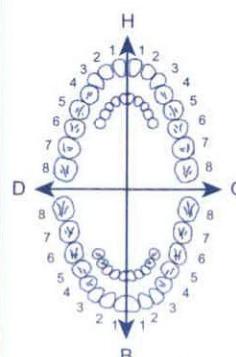
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433551

[Création, remont, adjonction]



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Hépato - Gastro
Entérologie - Proctologie
(Hémorroïdes - Fistule
- Fissure...)



اختصاصي في أمراض
الجهاز الهضمي
الكبد، جراحة البواسير
وأمراض المخرج

Casablanca, le : 25/07/2010

Hôpital Fathia
Tunisie

Dr. Rachida BENSCRI
Hépato-Gastro-Entérologie-Proctologie
Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous Imm. L30
2ème étage Oulfa Casablanca
Tél: 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

مختبر الأشعة السينية
مختبر المختبرات الطبية
مختبر الأشعة السينية
مختبر المختبرات الطبية
Dr. LOUANI Nouria
10, Rue Prince Moulay Abdellah
Casablanca - Tél. : 05 22 74 71 71
Dr. LOUANI Nouria
10, Rue Prince Moulay Abdellah
Casablanca - Tél. : 05 22 74 71 71

Bd. Oum Rabii Rés. Al Firdaous, Imm L 30 - 2ème Étage - Oulfa
Casablanca - Tél. : 05 22 90 05 22 / 06 61 51 22 34

INP : 093001980
IF : 706552
ICE : 001654761000041

FACTURE

CASABLANCA le 29-02-2020

MUPRAS
Mme Fatima HIFDI
Prescripteur : Dr Rachida BENSCRI

Récapitulatif des analyses

Recapitulatif des analyses		Val	Clefs
CN	Analyse	Val	Clefs
	Test respiratoire à l'urée C13 pour Helicobacter pylori	B500	B

Total des B : 500

TOTAL DOSSIER : 900.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cents dirhams .

Dr Naureddine LOUANI-LLI

Prélèvement à Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

40. Rue Prince Moulay Abdellah - Casablanca C.P . 20.080

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Tél. : 05 22 47 33 83 / 05 22 20 74 22 / Fax : 05 22 26 83 03

Tel: 05 22 47 55 05 / 05 22 20 74 22 / Fax: 05 22 20 05 05
nac1@gmail.com / n.louanjli@gmail.com - site internet : www.

email : labcomlct@gmail.com | www.labcomlct@gmail.com | SITE INTERNET : www.labcomlct.mad

ICE:001054901000041 / PATENTE: 33202488 / II : 41502000

Date du prélèvement : 29-02-2020 à 06:35
Code patient : 1912140015
Né(e) le : 23-09-1964 (55 ans)

Mme Fatima HIFDI
Dossier N° : 2002290011
Prescripteur : Dr Rachida BENSCRI



RECHERCHE D'HELICOBACTER PYLORI Test respiratoire à l'urée 13C
(Spectrophotométrie IR: RICHEN IR-force 200)

T0 min	25.92	delta °/oo
T 30 min	23.06	delta °/oo
DOB (T30 min - T0 min)	2.86	delta °/oo (<4.00)

Résultat Absence d'Helicobacter pylori

Interprétations : DOB = T30 min - T0 min en delta °/oo:

- Inf. ou égal à 4,00 : Résultat négatif
- >5,0 et <ou=10,0 : Test équivoque, à confronter aux données cliniques
- Sup.à 10 : Résultat positif

Validé par : **Dr Noureddine LOUANJI**

Prélèvement a Domicile Tél. : 06 77 06 70 95

Page 1 /