

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



## Déclaration de Maladie

N° M21- 0018817

66830 CA

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4336 Société : RAT  
☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : YOUSSEF MADUN  
 Date de naissance : 15/02/1956  
 Adresse : Bx 101 N46 CITE CHARAF AGADIR  
 Tél : 06 61 23 83 50 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation : 16/03/2021  
 Nom et prénom du malade : MADUN VANESSA Age :  
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant  
 Nature de la maladie : Anémie  
 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) :

### VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-018817

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 :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

### 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 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

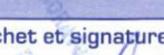
Réclamation : contact@mupras.com  
 Prise en charge : pec@mupras.com  
 Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données 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

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
Nb 3 <sup>20</sup>	C	1	80,00 Dir	

[illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/03/21	NF VS CR T.W.S. FCH	630,00\$

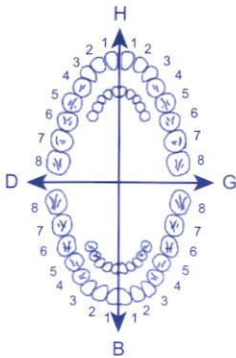
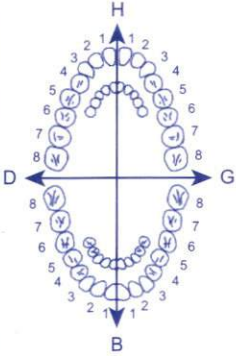
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 CCOEFFICIENT MASTICATOIRE			
	<div>H</div> <div><div>2553341221433552</div><div>0000000000000000</div></div> <div>D  </div>			

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUT

Dr. EL HADDAD SAID

Médecine Générale

Echographie Clinique, Homéopathie

Tél / Fax : 0524-47-69-10.

GSM 0661-19-19-98.

Essaouira le.....

19 MARS 2021

D'EXAMEN COMPLEMENTAIRE

\*\*\*\*\*

\*Nom : VANESSA MAOUN

\*Age : .....

1960

BON

\* Renseignements cliniques :

- dermatite éruptive
- + anémie et asthénie
- 

♦ Examens demandés :

♦ .....

♦ .....

♦ .....

- NFS + VS

- Ferritine

- Transaminases ASAT ALAT

Signé : Dr. EL HADDAD-S.

- CRP.

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
MOGADOR  
Dr. Mostafa MOUOUCHE  
17 Rue Galaxy 17 Loc. 2  
Essaouira 34000 Maroc  
Tél : 0524 47 69 10  
Fax : 0524 47 69 10



# مختبر التحليلات الطبية موكادور

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MOGADOR

**Dr. MRIOUCH MOSTAFA**

Médecin Biologiste spécialisé en :

- Hématologie
- Biochimie
- Bactério-Viro-Parasito-Mycologie
- Immunologie
- Biologie de Reproduction (Diplôme PMA Montpellier)
- Diplôme de Qualité (Bordeaux)
- AUDITEUR IRCA (LONDON)



الدكتور مريوش المصطفى

طبيب إحيائي متخصص في :

- علم الدم
- علم الكيمياء الإحيائية
- علم الجراثيم . الفيروسات . الطفيليات والفطريات
- علم المناعة
- علم الخصوبة (دبلوم المساعدة على الإنجاب) (مونبولي)
- دبلوم الجودة في الصحة (بورديو)
- دبلوم الجودة IRCA (لندن)

**FACTURE: 44372/2021**

ESSAOUIRA le  
Nom et prénom  
Référence  
Médecin prescripteur

17/03/2021  
MME MAOUN VANESSA  
21C74  
Docteur EL HADDAD SAID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
NFS.HEMOGRAMME	75
VS.VITESSE DE SEDIMENTATION	30
FERRITINE SERIQUE	250
TRANSAMINASES GOT(ASAT)+GPT(ALAT)	120
CRP.C- REACTIVE PROTEINE	100
Total du (B)	B 575
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	630,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: SIX CENT TRENTÉ DIRHAMS

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
MOGADOR  
Dr. Mostafa MRIOUCH  
Imm Galaxy 17 Lot Tamanar App. 2  
Tamanar - Algérie  
Tél : 05 24 47 65 28 - Fax : 05 24 47 63 36  
E-mail : mogadorlabo@gmail.com



Le Système de Management Qualité du  
laboratoire d'analyses médicales **MOGADOR** est certifié

