

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

- Reclamation : 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



Déclaration de Maladie

N° W21-622136

72417

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

287

Société :

RAM

EPOUSE

KISSI RABIA (EP-REZKI)

06/03/1946

Adresse : LOT CHEMIS RUE 3 N 23

HAY ESSALAM CASABLANCA

Tél. : 05 22 38 87 71 Total des frais engagés : 6 8754 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. EL MAKHLOUF Ali
Professeur Agrégé Cardiologie
5, Rue Med. Abdou

Tel: 05 22 20 45 45

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident, date, lieu, causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous forme de code à 6 chiffres à la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration et déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca

Signature de l'adhérent(e) :

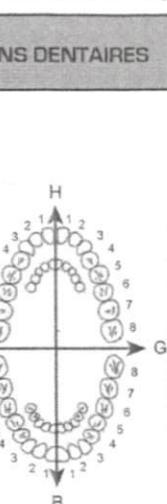
Le : 24/04/2019

Autorisation CNPD n° A-215/2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin atteste le paiement des Actes
24/04/2021	C3	/3	300,-	091057851 INP : 14-05-9929815519-0522472689 5, Rue André Adouh - Casablanca Président Agréée Catégorie Dr. EL AITAISSI

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
	24-04-21	B 250 RH	387,50 DH

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 (List of treated teeth)	Nature des Soins (Nature of treatments)	Coefficient (Coefficient)	INP : <input type="text"/>																			
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																			
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																			
				DÉBUT D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				FIN D'EXÉCUTION <input type="text"/>																			
				OD.F PROTHÉSES DENTAIRES 																			
				DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 0 5px;"></td> <td style="text-align: center;">B</td> </tr> </table>					H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B		B
				H	25533412	21433552																	
					00000000	00000000																	
				D	00000000	00000000																	
	35533411	11433553																					
B		B																					
(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																							
CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																							
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION																							

CABINET DE CONSULTATIONS
ET D'EXPLORATIONS
CARDIO-VASCULAIRES

الـ
JF Ali

Casablanca, le ٢٤٩٢٩ البيضاء في

Nom et Prénom : M. kassi et Rizki Rabia

Examen du sang

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> ASLO |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> Fibrinemie |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Taux de Prothrombine + INR |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol total, HDL, LDL | <input type="checkbox"/> P.S.A. |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> T3 <input type="checkbox"/> T4 <input type="checkbox"/> TSHus |
| <input type="checkbox"/> SGOT - SGPT - G.T. | <input type="checkbox"/> Hb Glycosylée |
| <input type="checkbox"/> Marqueurs hépatites B et C | <input checked="" type="checkbox"/> Troponine |
| <input type="checkbox"/> VS, NFS avec plaquettes | <input type="checkbox"/> C.R.P |
| <input type="checkbox"/> CPK | <input type="checkbox"/> Electrophorèse des protides |
| <input type="checkbox"/> CPKmb | <input type="checkbox"/> Protidémie |
| <input type="checkbox"/> Dosage de la vitamine D | <input type="checkbox"/> D-Dimères |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | |

Examen des urines

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Recherche de l'Albumine |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie de 24 heures |
| <input type="checkbox"/> Cyto. Bac. des urines |
| <input type="checkbox"/> Ionogramme Urinaire |



LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biogiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



مختبر
التحاليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

FACTURE N° 2104243110

LABORATOIRE CASALAB PALMIER

Casablanca le 24-04-2021

INPE : 093002574

Mme Rabia KISSI EP RIZKI

Demande N° 2104243110

Date d'examen : 24/04/2021

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSA-A 0149	Prise de sang Adulte Troponine	E25 B250	E B

Total des B : 250

Arrêtée la présente facture à la somme de : * 367.50 DH *
trois cent quatre-vingt-sept dirhams cinquante centimes



LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

05 22 236 717 / 05 22 988 383 05 22 236 729 contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081



LABORATOIRE CASALAB PALMIER SCP

Dr. Mohammed BEZZARI

Médecin Biogiste

Diplômé de l'université Catholique
de Louvain à Bruxelles, Belgique



Dossier N°: **2104243110**

Résultats de : **Mme Rabia KISSI EP RIZKI**

Né(e) le : -

N° CIN : -

Date du prélèvement : 24-04-2021 15:11. IM

Édition du : 24-04-2021 à 16:19

مختبر التحاليلات الطبية

Dr. Kaoutar OUAZZANI

Pharmacien Biogiste

Diplômé de l'université Paris Descartes
Ancienne résidente du CHU Ibn Rochd

Monsieur le Pr ALI EL MAKHLOUF
(Cardio)

Cher confrère, nous vous remercions de votre confiance, et nous vous transmettons les résultats de votre patient.

< *Compte-rendu complet* >

MARQUEURS CARDIAQUES

Troponine I:

(ECLIA sur COBAS 6000.)

0,008 ng/mL

(<0,014)

Validation biologique par : Le Dr M. BEZZARI Dr K. OUAZZANI

Le Dr M. JENANE

Dossier n° 2104243110 – Mme Rabia KISSI EP RIZKI

1 / 1

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES CASALAB PALMIER SCP

50, Rue Al Mortada - Palmier - Casablanca

📞 05 22 236 717 / 05 22 988 383 📞 05 22 236 729 ✉ contact@casalabpalmier.com

IF : 37741235 • Patente : 34771789 • CNSS : 6576120 • ICE : 002189772000081

