

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

## Informations 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.

## Éducation :

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

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1323

Société : RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : AIT MOUSSA

Date de naissance : 1/04/66

Adresse : lot Almouay SIDI EL AASSI

Tél. : 068763930

Total des frais engagés : 1500 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :  Lui-même

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :



Age:

Conjoint

Enfant

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 : MARRAKESH

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

#### **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

## **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
	02/06/21	$B_{us} + fc = 50,00$	DKH
	19/06/21	$B_{us} + fc = 50,00$	DKH
	26/06/21	$B_{us} + fc = 50,00$	DKH

## 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 d

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVISE

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



# CABINET DE CARDIOLOGIE

Docteur Adel BENYAHYA  
CARDIOLOGUE  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Caen

Diplômé d'Echocardiographie,  
d'Hémodynamique non invasive,  
de Cardiologie Congénitale et Pédiatrique,  
de la Faculté de Médecine de Paris

الدكتور عادل بن يحيى  
اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

Echodoppler couleur cardiaque et vasculaire  
Echographie transoesophagienne  
Epreuve d'effort  
Holter tensionnel et E.C.G.

18 JUIN 2021

M. Mousa Ali

DR - DR M2 cfr 6/16/21

( AVB )

DR. ADEL BENYAHYA  
CARDIOLOGUE  
Résidence Mamounia (ex - C.T.M.)  
4<sup>e</sup> Hassan II - Rabat Tél.: 20.10.20

Laboratoire d'analyses  
Dr. SLAOUI M. Wafaa  
Médicalises Et Laboratoires  
Sor. Angé Chare / ALRIA  
Tel/Fax : 05.37.03.49.82

ZWf

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle chaâie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

TVA:

**Facture** 34310

RABAT Le : 02/06/2021

Analyses effectuées le: 02/06/2021

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur prescription du : Dr BENYAHIA

Code.....: IHB8015



Organisme.....:

## Bilan:

TP=B40

**Total : B 40**

**Montant Net : 50.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQUANTE Dhs 00 Cts**

Elaborateur d'analyses  
Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste  
50, Angle chaâie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 02/06/2021

Référence : 106020485

Edition du : 02/06/2021



1HB8015

Patient : Mr. AIT MOUSS ALI

Médecin: Dr. BENYAHIA

## HEMOSTASE

Valeurs de référence

### TEMPS DE QUICK

Temoin.....	<b>13</b>	sec	35 (18/05/21)
Sujet.....	<b>20.8</b>	sec	
TP.....	<b>40.8</b>	%	( > à 75 )
INR.....	<b>2.4</b>		

50, Angle charie EL Haouz  
Dr. SLASSI MARIA  
Bactériologie, Hématologie, Biochimie  
Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

TVA:

**Facture** 34479

RABAT Le : 19/06/2021

Analyses effectuées le: 19/06/2021

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur prescription du : Dr BENYAHIA

Code.....: IHB8015



Organisme.....:

## Bilan:

TP=B40

**Total : B 40**

**Montant Net : 50.00 Dh**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQUANTE Dhs 00 Cts**

Signature over a circular stamp containing:  
Tél/Fax : 0537-63-19-82  
50, Angle Hriz - Rabat  
Dr. SLASSI MARIA - Pharmacien Biogiste  
Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et quled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 19/06/2021

Référence : 106190654

Edition du : 19/06/2021



1HB8015

Patient : Mr. AIT MOUSS ALI

Médecin: Dr. BENYAHIA

## HEMOSTASE

Valeurs de référence

### TEMPS DE QUICK

Temoin.....	<b>13</b>	sec	20.8 (02/06/21)
Sujet.....	<b>18.9</b>	sec	
TP.....	<b>47.9</b>	%	( > à 75 )
INR.....	<b>2.0</b>		

SLASSI MARIA  
50, Angle charie EL HAOUZ  
Dr. SLASSI MARIA  
Bactériologie, Hématologie, Biochimie  
Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Pat.:

TVA:

**Facture** 34539

RABAT Le : 24/06/2021

Analyses effectuées le: 24/06/2021

Pour.....: **Mr. AIT MOUSS ALI**

Sur prescription du : Dr BENYAHIA

Code.....: 1HB8015



Organisme.....:

## Bilan:

TP=B40

Total : B 40

Montant Net : 50.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

**CINQUANTE Dhs 00 Cts**

Dr. SLASSI MARIA  
50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat  
Tél 0537-63-19-82  
Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

# Laboratoire d'Analyses Médicales EL WAFAA

Dr. SLASSI MARIA -Pharmacien Biogiste

50, Angle charie EL Haouz et ouled Hriz-Rabat Tél 0537-63-19-82

Bactériologie , Hématologie, Biochimie

Prélèvement du : 24/06/2021  
Référence : 106240714  
Edition du : 24/06/2021



1HB8015

Patient : **Mr. AIT MOUSS ALI**

Médecin: **Dr. BENYAHIA**

## HEMOSTASE

Valeurs de référence

### TEMPS DE QUICK

Témoin.....	<b>13</b>	sec	18.9 (19/06/21)
Sujet.....	<b>58</b>	sec	
TP.....	<b>&lt;14.2</b>	%	( > à 75 )
INR.....	<b>&gt;10.2</b>		

TEL/FAX : 05.37.63.19.82  
SO, Ouled Hriz - Rabat  
Dr. SLASSI MARIA  
Laboratoire d'Analyses  
Médicales EL WAFAA



**valable 3 mois**

Le 22/11/2021

### **DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE**

(À adresser au médecin **DR. ADEL BEN YAHYA MUPRAS** sous pli confidentiel)

Je soussigné :

**CARDIOLOGUE**

Résidence Mamounia (ex - CTM)  
Av Hassan II - Rabat Tél : 20.10.20

Certifie que M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup>, M<sup>me</sup> :

*ART NOUSS Aci*

Présente *taux de glycémie + triglycérides* + *fonction rénale* *bonifiée*.

Nécessitant un traitement d'une durée de : *3 mois*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

site : [www.mupras.com](http://www.mupras.com) // mail : pec@mupras.com // tel : 0522-20-45-45 ou 0522-22-78-15 / fax : 0522-22-78-18  
Adresse : Center d'affaire Allal Ben Abdellah, 49, Angle Rue Allal Ben Abdellah et Rue Mohammed Fakr  
8ème Etage, Casablanca

**DR. ADEL BEN YAHYA**  
**CARDIOLOGUE**  
Résidence Mamounia (ex - CTM)  
Av Hassan II - Rabat Tél : 20.10.20