

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W21-651902

85071

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11618

Société : Royal air Maroc

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

EZZAHER ZAKARTA

Date de naissance :

02 09 1976

Adresse :

17 Rue des François Etg 3 Apt 11
Roches Noires Casablanca

Tél. : +966505357909

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

D. Houcine
Gynécologue-obst
Ras Al Moudakhal
App 3 Sidi Maârouf-C
Tél: 0522 974 720

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 :

Casablanca

Le : 10/10/2021

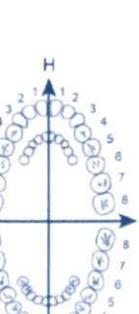
Signature de l'adhérent(e) :

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
24/02/2018	2018-02-24	6	4000	INP : 09125064 Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE CHAMAH 010702532000033 PATIENTE : 55532109 12056	24/10/2021	771.00

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE AL AMAL ANALYSES MEDICALES Sahel N° 1er flg Hdr Soualem	30.08.21	B.10.10.	1.050,00 DHU

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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'ODF.																				
SOINS DENTAIRES 	Dents Traitées (Leave blank if no teeth treated)	Nature des Soins (Leave blank if no treatment)	Coefficient (Leave blank if no treatment)	INP : <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																
				O.D.F PROTHESES DENTAIRES 																
				DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G		
				H	25533412	21433552														
				D	00000000	00000000														
				B	35533411	11433553														
G																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Therapeutique, nécessaire à la profession																				
DATE DU DEVIS <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input style="width: 100px; height: 15px; border: 1px solid black; margin-bottom: 5px;" type="text"/>																				

Suivi de grossesse et Accouchement -
Echographie - Chirurgie Gynéco
Mammaire - Maladies du sein - Chirurgie
Laparoscopique - Infertilité du couple

متابعة الحمل والتوليد - الكشف
بالصدى - جراحة أمراض النساء
أمراض الثدي - الجراحة
بالمنظار - العقم

Casablanca le : 24/02/2021

H³ DE ARHI AET 74

35,70x3

KAR DECIC 160

S.V.

1 scellé : x 80

26,30x3

Acfd

1 cpt : x 30

S.V.

19,50x3

3

LEO O Nantieeu

1 cpt : .

S.V.

771,000 Dhs

Dr. Houda CHAHIDI EL OUAZZANI
Gynécologie - Obstétrique
Rés Al Moustakbal Imm 109 Gh4 Appart
Sidi Maârouf - Casablanca
Tél : 0522 97 47 80

إقامة المستقبل المجموعة 4 عمارة 109 رقم 3 الطابق الأول، سيدى معروف، الدار البيضاء

Résidence AL MOUSTAKBAL Groupe 4 Immeuble 109 Numéro 3 1er Etage, Sidi Maârouf, Casablanca

Tél : +212(0) 522 974 730 / +212(0) 664 789 451

Email : Dr.HoudaElouazzani@gmail.com

Suivi de grossesse et Accouchement -
Echographie - Chirurgie Gynéco
Mammaire - Maladies du sein - Chirurgie
Laparoscopique - Infertilité du couple

متابعة الحمل والتوليد - الكشف
بالصدى - جراحة أمراض النساء
أمراض الثدي - الجراحة
بالمنظار - العقم

Casablanca le : 24/12/2021

H uo DB ARHI AA JAA

- RAI .
- 28 . RT
- TSH .
- GAT - HbA1C .
- TSH - nore .
- 20 . tox - - rub .
- 20 . Rep . B .

L'LABORATOIRE AL AMAL
D'ANALYSES MEDICALES
Lot Sahel N° 1er Etg Had Soualem
Casablanca 2522963150

Dr. Houda CHAHIDI EL OUAZZANI
Gynécologie - Obstétrique
Rés Al Moustakbal Imm 109 Gh4 Appt
Sidi Maârouf - Casablanca
Tel : 0524 97 47 30

إقامة المستقبل المجموعة 4 عمارة 109 رقم 3 الطابق الأول، سيدى معروف، الدار البيضاء
Résidence AL MOUSTAKBAL Groupe 4 Immeuble 109 Numéro 3 1er Etage, Sidi Maârouf, Casablanca

Tel : +212(0) 522 974 730 / +212(0) 664 789 451 Email : Dr.HoudaElouazzani@gmail.com

LABORATOIRE AL AMAL D'ANALYSES MEDICALES



مختبر الأمل للتحاليل الطبية

Biochimie, Hématologie, Virologie, Bactériologie, Parasitologie, Mycologie
Immunologie, Hormonologie, Toxicologie, Spermologie

Patente: 55750245 -- IF: 39495877 -- ICE: 002419218000041 -- INPE: 063063374
RC: 23614 -- CNSS: 1928121

FACTURE N° 1329/21

HAD SOUALEM le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

30/08/2021
MME DBARHI ASMAA
21H567
Docteur CHAHIDI EL OUAZZANI HOUDA

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
RAI COOMBS INDIRECT (Recherche d'agglutinines irrég)	100
NFS. HEMOGRAMME	80
TSH. TSH ultrasensible. THYREOSTIMULINE	200
GLYCEMIE A JEUN	30
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	120
TPHA QUALITATIF. SEROLOGIE DE LA SYPHILIS. BW	50
VDRL QUALITATIF. SEROLOGIE DE LA SYPHILIS. BW	30
TOXOPLASMOSE. ANTICORPS IgG ANTI TOXO	100
RUBEOLE. ANTICORPS IgG ANTI RUBEOLE	150
ANTIGENE HBs. HEPATITE B Ag HBs. Ag AUSTRALIA	150
Total du (B)	B 1010
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	1 050,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: MILLE CINQUANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AL AMAL
D'ANALYSES MEDICALES
Lot Sahel N° 1er Etg HAD Soualem
Tél / Fax : 05 22 96 31 50 - Mail : alamallaboratoire@gmail.com