

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

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° W19-530031

85286

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 1579		Société : R.A.M	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	Autre : Personne A.LI AM JADAL	
Nom & Prénom : Personne A.LI AM JADAL			
Date de naissance : 06/25/1955			
Adresse :			
Tél. 06 18 32 37 10 Total des frais engagés : 1650 Dhs Dhs			

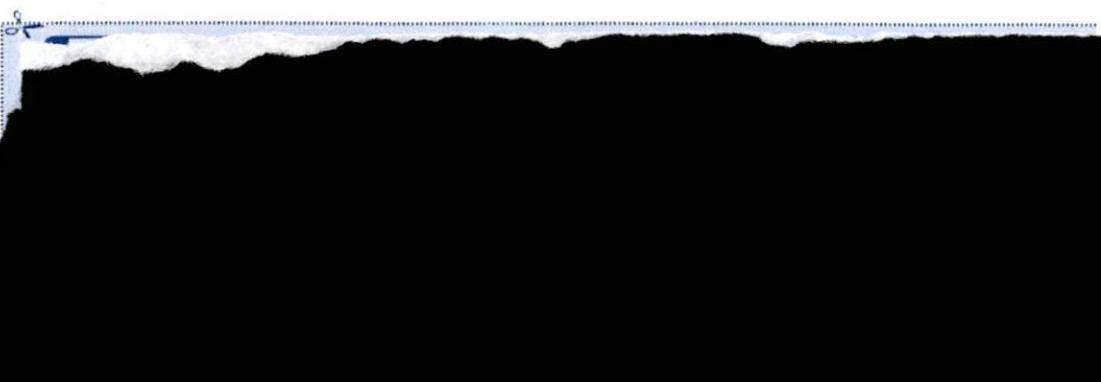
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 24/6/2021			
Nom et prénom du malade : Age:			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/6/2021



BELLEVE 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
24/6/21	ES		#500,00 #	INP : 091184891 DR. GHAZAOUI Omar Anesthésiste - Réanimateur

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr Jean Baudin Tél.: 06 21 12 10 10	20/12/19	131,14	1000,00
		131,14	750,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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'ODF.

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

[]

Le : 24. 06. 2021

ORDONNANCE

M^r JAMAL BERRADA ALLAM

Patient fébrile & MS
Urticarique

→ ECPU +

Antibio GIZA


Dr. GHAZAOUTI Mar
Anesthésiste - Réanimateur

Le :

24. 6. 21

ORDONNANCE

Dⁿ NAMAL BERREDA Alham

—

TDM THORACIQUE

NB : patient a eu la covid 19
en Janv 2021, avec
évolution.

NB : Jamais de saigner thoracique
fait par le patient

Dr. GHAZOUL Omer
Anesthésiste - Réanimateur

[]

Le :

24.6.21

ORDONNANCE

نر نامال بوزراذا
—
الله

- IONO COMPLET
- Uri + crise
- CRP

D. diméx A



Dr. GHAZAOURI Omar
Anesthésiste - Réanimateur



LABORATOIRE BIOLOG D'ANALYSES MEDICALES

Adresse: 14–16, RDC Bd HH 24 Lot. Saâd El Khair , Hay Hassani – Casablanca
Tél. : 05 22 90 05 04 / 05 22 90 14 04 - **Fax :** 05 22 90 12 22 – **Email :** lab.biolog@gmail.com

Horaires d'ouverture : du Lundi au Vendredi de 07h30 à 18h45 - Samedi de 7h30 à 13h00

Prélèvement à domicile sur RDV - PARKING ASSURÉ

REÇU

Retrait des résultats à partir de 16h00



Nom :Mr BERRADA ALLAM Jamal

Date de naissance :**25/04/1955** – 66 ans

Saisi par : MH

Analyses : DDI

Corres :

N° de dossier :210624-0160

Date de prélèvement :**24-06-2021 18:25**

Prescripteur :

Avance :**400.00 DH**

Reste :**0.00 DH**

« Les laboratoires BIOLOG vous remercient pour votre confiance »



LABORATOIRE BIOLOG

D'ANALYSES MEDICALES ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

14-16, RDC Bd HH24, Lot. Saâd El Khair - Hay Hassani Casablanca
Tél: 05 22 90 05 04 / 14 04 - Fax: 05 22 90 12 22 - email : lab.biolog@gmail.com
CNSS: 8871479 IF: 40497439 PATENTE: 37989126
ICE : 000064466000083

Dr Youssef ZIANE

Directeur Biologiste Médical

Diplômé de la Faculté de Médecine et Pharmacie de Rabat

Diplômé de la Faculté de Médecine de Montpellier – France

Code INPE: 097163182



Organisme :

Casablanca, le : 24/06/2021

FACTURE N° : 210006693

Nom et Prénom : Mr Jamal BERRADA ALLAM

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Frais Prélèvement D-Dimères	B17 B400	B B

Total des B : 417

Montant total de la facture : 400.00Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre cents dirhams s.

NB : Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)

