

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.

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.

Maladie :

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



Déclaration de Maladie

N° M21- 0058009

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7260 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : M. DAHAN Rkia
Date de naissance : 30-01-60
Adresse : Villa N°5 Rue Sad ALWAHAB Regraga
BERRECHID
Tél. : 0661447819 Total des frais engagés : 980 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 29/07/2021
Nom et prénom du malade : DAHAN Rkia Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Pharyngite (grippale)
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 : BERRECHID

Le : 29/07/2021

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
29/07/2021		1	730,00	

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

A M

P C

I M

I V

Montant détaillé des Honoraires

RELEVÉ 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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																									
				Coefficient DES TRAVAUX																								
				MONTANTS DES SOINS																								
				DEBUT D'EXECUTION																								
				FIN D'EXECUTION																								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																											
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			00000000	00000000			35533411	11433553			B				Coefficient DES TRAVAUX	
	H		G																									
	25533412	21433552																										
	00000000	00000000																										
	00000000	00000000																										
	35533411	11433553																										
	B																											
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		MONTANTS DES SOINS																									
			DATE DU DEVIS																									
			DATE DE L'EXECUTION																									

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



معيّة عين الشق
CLINIQUE AIN CHOCK

ORDONNANCE

Casablanca, le

29.07.21,

DAHAN RKIA .

- TSH
- ms
- Calcémie
- urD .

CLINIQUE AIN CHOCK
510, Avenue 2 Mars Haddaouia II
Tel: 05 22 21 21 88 / 05 22 50 13 50
Fax: 05 22 21 64 68 Casablanca

DR. BOUZIANE
Chirurgie Générale
Proctologie - Coelio Chirurgie - Echographie
548, Bd. 2 Mars Haddaouia II, Ain Chok - Cas.
Tél.: 05 22 87 03 25

LABORATOIRE
D'Analyses Médicales
Réception
ALEYoussef II N°3

Dr. Bouziane

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2021-09340

Patient : Mme DAHAN Rkia

Edité le : 26/08/2021

Date prélèvement : 26/08/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Calcium	30	30,00
TSH-us : Thyroestimuline-Hormone	250	250,00
25-OH Vitamine D (D2 + D3)	450	450,00
Total B	730	730,00
APB	1,0	0,00
Total		730,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Sept cent trente dirhams***

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Régistré
Lot El Yousser II, Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

ΒΧΤ.Θ.Ο ΟΖΖ.Ε ΗΞΤ.Λ.ΗΞΗ.ΕΕΞΘΘΞΞ.

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 26/08/2021
Edition du : 26/08/2021
Dossier N° : 10A13659230
C..I.N : W41006

Mme DAHAN Rkia

Né(e) le : 30/01/1960



PASSEPORT :



Page : 1/1

BIOCHIMIE (BECKMAN COULTER AU 480)

Valeurs Usuelles

Calcium
(Technique : Arsenazo)

: 101,6 mg/L
2,5 mmol/L

(90 - 105)
(2,3 - 2,6)

HORMONOLOGIE (ACCESS II)

Valeurs Usuelles

TSH-us : Thyroestimuline-Hormone : 26,369 μ UI/ml
(Technique : Chimiluminescence (ACCESS II))

2,186 (08/06/21)

Interprétation:

Adultes : 0.27 - 4.9
0 - 3 jours : 5.17 - 14.6
4 - 20 jours : 0.43 - 16.1
2 - 12 mois : 0.62 - 8.05
2 - 6 Ans : 0.54 - 4.53
7 - 11 Ans : 0.66 - 4.14

VITAMINES

Valeurs Usuelles

25-OH Vitamine D (D2 + D3) : 13,74 ng/mL

Interprétation :

Carence vitaminique D : < 10 ng/mL
Insuffisance vitaminique D : 10 - 30 ng/mL
Taux normal : 30 - 80 ng/mL
Possible intoxication vitaminique D : > 150 ng/mL

LABORATOIRE SEKKAT
D'ANALYSES MEDICALES
Lot EL Yousser II