

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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° W21-623657

2021-21

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9405	Société : RAM		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENZNAAD OTHMANE			
Date de naissance : 22/01/1971			
Adresse : N°18 Résidence NADIR EL OULFA CASA			
Tél. 0661236383 Total des frais engagés : 2200,00 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : Dr. LAYAT Brahim HOPITAL ALLAL BEN ABDELLAH AGADIR			
Date de consultation : 28/02/2015			
Nom et prénom du malade : BENZNAAD SARA Age : 28/02/15			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" 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 : AGADIR

Le : 26/01/2022

Signature de l'adhérent(e) :

26/01/2022

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-623657

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
 Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 9405
 Nom de l'adhérent(e) :
 Total des frais engagés : 2200,00
 Date de dépôt : 26/01/2022

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
<i>Dr. HARGUIL LABORATOIRE DR HARGUIL venue Kennedy 1000 - AGADIR T: 05 28 84 80 03 - Fax: 05 28 84 15 00</i>	17/11/21	β/16(A7)	200,00 INP: 043000470

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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.

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H		G
25533412	21433552	
00000000	00000000	
D	00000000	00000000
	35533411	11433553
		B

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

DEMANDE D'EXAMENS

Date : 14/11/2011

Chambre N°:

Examen demandée par Dr : M. A

Service :

Patient : BENZNAD SARA

Date de naissance :

- Glycémie
- Urée
- Créatinine
- Acide urique
- Bilirubines (total, direct, indirect)
- Cholestérol
- Triglycérides
- Ionogramme (NA-K-CL-Pt-CA-RA)
- CRP
- Procalcitonine
- TGO - TGP
- Phosphatases acalcalines
- GGT
- Amylase
- CPK
- LDH
- T3 - T4 TSH (us)
- PSA
- HIV

- NFS
- OVS
- Plaquettes
- Groupage

- TP
- TCK
- Fibrinogène
- WR - Latex
- ASLO

- ECBU
- HEMOCULTURE
- LIQ DE SEROSITE : (CYT - CHIM-BAC)
- TROPONINE
- AUTRES ANALYSES

secretariat
BENZNAD Sara
Bénef/ Assurée
BENZNAD Sara
Né(e) 28/02/2015
171121 144

Sexe F

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES HARGUIL

Avenue Kennedy-Talborjt AGADIR TEL:0528-84-80-03 FAX:0528-84-15-60
ICE:00162887400008 I.F:75902170 PAT:48316551 CNSS:1761411 INP:043000470
SITE:www.laboratoire-harquil.com



043000470

FACTURE N° : 2117906

AGADIR, le : 17/11/2021
Nom et Prénom ... : Sara BENZNAD
Prescripteur :
Mutuelle/Assurance. :
facturé à..... :
.....

Bilan :

NF B 80 + TP B 40 + TCK B 40 +

Montant Net : 200,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Deux cents Dh et zéro ct

La direction:

مختبر الدكتور حركيل
LABORATOIRE DR HARGUIL
Venue Kennedy 80000 - AGADIR
Tél: 05 28 84 89 03 - Fax: 05 28 84 15 60

COAGULATION

Nature du prélèvement: PLASMA CITRATE

Antécédents

TAUX DE PROTHROMBINE (*)

Méthode chronométrique

T.P 92 %

Valeur du TP habituellement supérieure ou égale à 70 % chez tout sujet de plus de 6 mois en l'absence de tout traitement anticoagulant.

TEMPS DE CEPHALINE KAOLIN (*)

Méthode chronométrique

Temps du patient 33 sec

Temps du témoin 28 sec

Ratio 1,16

Valeur habituellement inférieure ou égale à 1.20 chez tout sujet de plus de 6 mois en l'absence de tout traitement anticoagulant.

Résultats validés par Dr.Sherazade LAKHDAR-GHAZAL, Biologiste

DR S LAKHDAR GHAZAL
BIOLOGISTE MEDICAL
LABORATOIRE HARGUIL
17/11/2021

(*) analyse couverte par la portée d'accréditation

HOPITAL PRIVE AGADIR

FACTURE

N° : 2876 / 2021 du 17/11/2021

CORPS ETRANGER

Nom patient BENZNAD SARA Entrée 17/11/2021
PAYANT YAL AIR MAROC Sortie 17/11/2021

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
CHAMBRE DOUBLE	1.00	CH	300.00	300.00
BLOC OPERATOIRE	1.00		400.00	400.00
			<i>Sous-Total</i>	700.00
PHARMACIE	1.00		300.00	300.00
			<i>Sous-Total</i>	300.00
Total Clinique				1 000.00
DR. LAHYAT BRAHIM (spécialité)	1.00		1 000.00	1 000.00
			<i>Sous-Total</i>	1 000.00
Total Autres prestations				1 000.00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX MILLE DIRHAMS	Total	2 000.00
		0.00

[Handwritten signature over the stamp]

HOPITAL PRIVE D'AGADIR
Rue Av. Ouarzazat, Opération ESSAADA
Cité Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 23 23 66 - Fax: 05 28 20 18 19
Email: nophalprivéedagadir@gmail.com
ICE: 001639657000061 - NPE: 040063554



HÔPITAL PRIVÉ AGADIR

TÉLÉPHONE.
+212(0) 5.28.23.23.66
+212(0) 7.01.10.12.22
+212(0) 5.28.20.18.18
FAX : + 212(0) 5.28.20.18.19

HOPITALPRIVEDAGADIR@GMAIL.COM

COMPTE RENDU OPERATOIRE

AGADIR LE. 17/11/21

LE DOCTEUR.

Dr. LAHYAT Brahim
Rue Nadir Cité Hay Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 23 66 66 / ICE: 001630657000061

NOM & PRÉNOM.

Benzinaid Sora

DATE DE NAISSANCE.

DATE D'ENTRÉE.

DATE DE SORTIE.

NATURE DE L'ACTE OPÉRATOIRE.

Le docteur Brahim sur corps étranger

COMPTE RENDU OPÉRATOIRE.

Sor Ah

- Réséction du granulome
- Ablation d'un corps étranger (bois) d'un longueur de 3 cm. environ.
- R. Moltouge à la gaine
- Chomptee
- Boîte à sucre au niveau Raynié

390



Le : 17/11/2021

Références

2 876 / 211125115450190008
PAYANT

Entrée / Sortie : 17/11/2021 - 17/11/2021

Le Dr. LAHYAT BRAHIM

présente à . BENZNAD SARA

sa note d'honoraire s'élevant à la somme de
1 000.00 Dhs (MILLE DIRHAMS)

et le - la prie d'agréer l'expression de ses sentiments distingués

Dr. LAHYAT Brahim
HOPITAL PRIVE D'AGADIR
Reanimation, Urgences, Urgences
Rue Nador Cité Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 23 66 - Fax: 05 28 20 18 19
Email: hopitalprivéagadir@gmail.com
ICE: 001639657000061 - INPE: 040063554

Cachet et signature

HÔPITAL PRIVE D'AGADIR
Rue Av. Ouarzazat, Opération ESSAADA
Cité Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 23 23 66 - Fax: 05 28 20 18 19
Email: hopitalprivéagadir@gmail.com
ICE: 001639657000061 - INPE: 040063554

ANNEXE PHARMACIE

Nom patient : BENZNAD SARA	N° Facture 2 876	21K171644
CodeArt	Produit	Quantité
	LIDOCAINE 2 %	1
	Sous-Total médicaments	16.50
	COMPRESSE 30/30*	1
	COMPRESSE CHIRURGICAL 10*10/5	2
	GANT D EXAMENS	8
	GANT STERILE 7,5	1
	LAME DE BISTOURI 11* (100)	1
	SERINGUE 1ML* INSULI	1
	VICRYL RAPIDE 5/0 CT	1
	Sous-Total consommable médical	283.50
	Total pharmacie	300.00

HÔPITAL PRIVE D'AGADIR
 Rue Av. Ouarzazat, Opération ESSAADA
 Cité Mohammadi - AGADIR
 Tél: 05 28 23 23 66 - Fax: 05 28 20 18 19
 Email: hopitalprivédagadir@gmail.com
 ICE: 001639657000061 - INPE: 040063554

HÔPITAL PRIVE AGADIR

AGADIR

BILLET DE SORTIE

Nom du patient : BENZNAD SARA		
Chambre : NA		
Médecin traitant	LAHYAT BRAHIM	
Prise en charge	PAYANT	
Date entrée	17/11/2021	
Date sortie	17/11/2021	
Le caissier	L'infirmier	Le major
<i>Billet de sortie établi par : RAOUANE 25/11/2021 11:56</i>		21K171644

HÔPITAL PRIVE D'AGADIR
Rue Av. Ouarzazat, Operation ESSAABA
Cité Mohammadi - AGADIR
Tél: 05 28 23 23 66 - Fax: 05 28 20 18 71
Email: hopitalprivédagadir@gmail.com
ICE: 001639657000061 - INE: 84002352A