

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.

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

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- 074246

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 108 Société : 105322
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : CHOURY Malika Ep HIBOUR
 Date de naissance :
 Adresse : 7 Rue Saria Brou Zaoum, Res Wally
 Quartier palmier
 Tél. 0638440947 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

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 : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

M21-74246

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2013

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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

ALAOUI Mohamed
 Biologiste
 Laboratoire D'analyse Médicales
 ATLAS
 Tél.: 06 71 36 28 88 - 0522 25 28 48

08/2/22

B 250

351,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

Montant détaillé des Honoraires

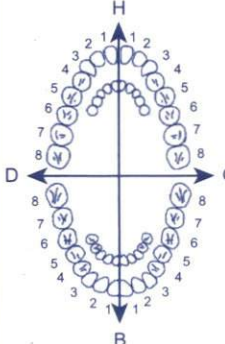
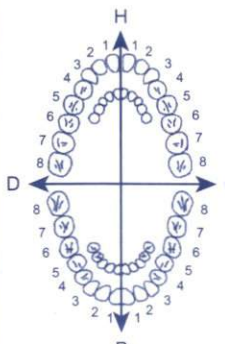
A M P C I M I V

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																						
				COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
				MONTANTS DES SOINS																					
<p>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	H			25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B						COEFFICIENT DES TRAVAUX
	H																								
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abdelkhalik CHOULADI
CARDIOLOGUE

Specialiste Maladies du Cœur et Vaisseaux
Diplômé de la Faculté de Médecine de Paris
Diplômé de Cardiologie Adulte et Pédiatrique
Ex. Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplôme d'Echographie - Doppler Cœur Vaisseaux



الدكتور عبد الخالق شولادي
طبيب القلب

إختصاصي في أمراض القلب و لشرابين
الدورة الدموية و ارتفاع الضغط الدموي
خريج كلية الطب بباريس
الكشف بالأمواج ما فوق الصوتية و الصدى للقلب

Le : 08-02-2022

Bilan Biologique

Nom / Prenom : HEBOUR MALICA

Age : - Sexe : H ☐ F ☐

☐ NFS, VS, CRP

☐ ASLO

☐ Ionogramme sanguin

☐ GOT/GPT

☐ Urée sanguine

☐ Créatinémie

☐ Glycémie à Jeûn

☐ Glycémie post Prandiale

☐ HbA1c

☐ Albuminurie

☐ Microalbuminurie

☐ Cholesterol Total

☐ Triglycérides

☐ HDL - Cholesterol

☐ LDL - Cholesterol

☐ Acide urique sanguin

☐ T3

☐ T4

☐ TSH

☒ Autres : Troponine

Dr. CHOULADI Abdelkhalik
Cardiologue
50, Rue Mostapha El Maâni
Casablanca - Tél. : 0522 44 49 49 / 0522 44 49 39

☐ Faible (0 à 1 Facteur de risque)

☐ Modérément élevé (2FR)

☐ Modéré (1 à 2 Facteur de risque)

☐ Elevé (risque à 10 ans > 20%)

(Selon Framingham)

sur rendez-vous • بالموعـد

LABORATOIRE ATLAS D'ANALYSES MEDICALES

Dr ALAOUI Mohamed Spécialiste en Biologie Médicale
Immeuble Angle Bd. Abdelmoumen Rue Chatila 1er étage N2 casablanca
TEL. +212(0)522 25 28 49 FAX. +212(0)522 25 03 82
INP: 093060549
ICE : 001851292000089
IF : 40199501

Assuré

Matricule

Bénéficiaire

HIBOUR MALIKA

Prise en charge N°

FACTURE N° 54480

Facturé le : 08/02/2022

Analyses :

TROPONINE HS

B 250,00

Total analyses :

335,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements :

16,00 Dh

Total <>

250

Soit un montant total :

351,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE ET UN DIRHAMS

ALAOUI Mohamed
BioInfo
Laboratoire d'analyses médicales ATLAS
Angle Bd. Abdelmoumen Rue Chatila 1er étage N2
Tél. : 0522 25 28 49 / 0522 25 03 82
GSM : 06 71 36 28 84 / 06 62 73 41 33
INPE : 093060549 / IF : 40199501

مختبر التحليلات الطبية أطلس
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES ATLAS

CES: Hématologie • Bactériologie - Virologie
Immunologie • Parasitologie - Mycologie

Préscripteur : Dr.

Prélèvement à : 14:19:3



093060549

MADAME HIBOUR MALIKA

Dossier N° : 2020829924

du : 08/02/2022

Compte Rendu d'Analyses

Page : 1

MARQUEURS CARDIAQUES

TROPONINE HS :
(Tech. Chimiluminiscence.ACCESS)

14,50

pg/ml

(< à 17.5)

70,50 (02/02/2022)

2020829924

ALAOUI Mohamed
Biologiste
Laboratoire D'analyses Médicales
ATLAS
Tél.: 06 71 36 28 88 - 0522 25 28 49