

**RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR
OBTENIR 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

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° P19- 066382
115315

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 0000635 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : Boughaba Hadda
Date de naissance : 05/03/1956
Adresse : Djar Ra Rma Gt 2 Imm 14 APP + 50bd Ahmed
1 Djar Bouazza Nouaceur Casa
Tél. : 0669694251 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Docteur Abdelkader EL MADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711
Date de consultation : 17 MAI 2022
Nom et prénom du malade : BOUGHABA HADDA Age:
Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant
Nature de la maladie : D. ALD + HTA
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 : 17/05/2022
Signature de l'adhérent(e) : [Signature]

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
11 MAI 2022	C	C	150,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	11/05/22	316,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	16/05/22	B 30	40,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

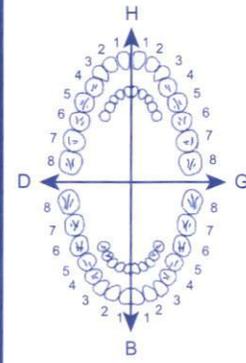
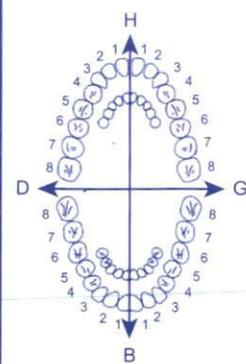
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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 canaux, ainsi que le bilan

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

Casablanca le :

11 MAI 2022

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى

خريج كلية الطب بمونبيلي - فرنسا

الدار البيضاء في

28006

صاحب العيادة

70

3mm

4940 x3

1 1/2 x 3/5

2 x 1.5

1 1/2 x 2

70

3/16/20

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE
Echographie Générale

153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca

Tél: 05 22 21 11 12 - INPE : 091057711

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

28,00

49,40

49,40

49,40

Docteur Abdelkader EL MADI

MEDECINE GENERALE

Diplômé en Echographie Générale
de la Faculté de Médecine de Montpellier

الدكتور عبد القادر الماضي

الطب العام

دبلوم الكشف بالصدى
خريج كلية الطب بمونبليي - فرنسا

Casablanca le 17 MAI 2022 في الدار البيضاء

BOURHABA HADDA

[Handwritten signature]

Docteur Abdelkader ELMADI
MEDECINE GENERALE
Echographie Générale
153 Rue 25, Bd. Panoramique
Bine Lamdoune Casablanca
Tél: 05 22 21 11 12 - INPE: 091057711

LABORATOIRE EL KHALIL

Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252, Bd Elkhailil, Hay
My Abdellah Ain Chock
Fix: 05 22 52 62 52 - 05 22 41 11 30

LABORATOIRE EL KHALIL

Mme BOURHABA HADDA

Né(e) le : 05-03-1956 F



2205160028

A coller sur l'ordonnance

ORDO

شارع بانوراميك الزنقة 25 الرقم 153 بين المدن Casablanca - 153, Rue 25 Bd. Panoramique Bine Lamdoune

الهاتف : 05 22 21 11 12 - رقم الرخصة 4994 - رقم التعريف الموحد 001778217000037

Tél : 05 22 21 11 12 - Autorisation N° 4994 - ICE : 001778217000037 - INPE : 091057711



مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste

Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

INPE :



093061166

FACTURE N° : 2205160028

Casablanca le 16-05-2022

Mme Hadda BOURHABA

Demande N° 2205160028

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0118	Glycémie	B30	B

Total des **B** : 30

Total des **E** : 0.00

TOTAL DOSSIER : 40.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : **quarante dirhams**

LABORATOIRE EL KHALIL
Dr. Hoda OUALI ALAMI
MEDECIN BIOLOGISTE
252. Bd El Khalil, Hay
My Abdellah Ain Chock - wc
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90

252, Bd. EL KHALIL , Hay My Abdellah, Ain Chok, Casablanca- Tél : 0522526252 / FAX:
0522211090

E-Mail : labo.elkhalil@gmail.com - Patente N : 34046060 - I.F.N : 15214903 - CNSS : 4204096

ICE : 001603906000091



مختبر الخليل للتحليلات الطبية و البيولوجية

LABORATOIRE EL KHALIL D'Analyses Médicales et Biologiques

Biochimie - Bactériologie - Hématologie - Immunologie - Hormonologie - Oncologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie - Spermologie

Dr. Hoda OUALI ALAMI

Médecin Biologiste
Diplômée de la Faculté de Médecine de Rabat

د. هدى الوالي العلمي

Date du prélèvement : 16-05-2022
Code patient : 1711160045
Né(e) le : 05-03-1956 (66 ans)



Mme Hadda BOURHABA

Dossier N° : 2205160028

Prescripteur : Dr ABDELKADER EL MADI

BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeun

(Technique enzymatique- AU 480 BECKMAN)

1,87 g/L

(0,70-1,10)

10,38 mmol/L

(3,89-6,11)

Validé par : **Dr Hoda OUALI ALAMI**

LABORATOIRE EL KHALIL
DR. HODA OUALI ALAMI
MÉDECIN BILOGISTE
752, Bd El Khalil, Hay
M. Abdelah Ain Chock - WC
Fix : 05 22 52 62 52 - 05 22 21 10 90