

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.

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° W19-545819

115550

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 03045 Société : RAM
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : KAMALI ALI
Date de naissance : 01-11-1960
Adresse : 7 rue Georges SAND HT 5 MAARIF
Tél. : 0661337762 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. KHALFIC
Gériatrie
CHU Ibn Rochd Casablanca

Date de consultation : 22/10/22

Nom et prénom du malade : Kamali Ali Age : 62

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

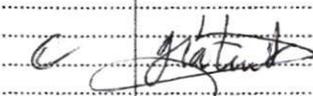
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : CAS Le : 28/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

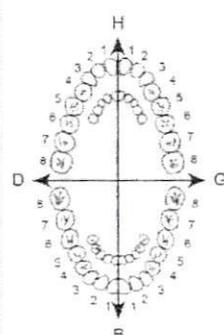
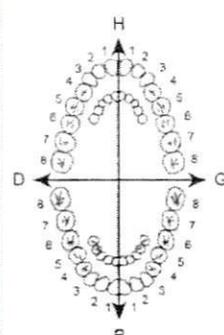
VOLET ADHERENT

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
22/02/22				 

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
 	23/02/22	B6x0	600,00 DIA

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	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 : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	DNP : <input type="text"/>														
				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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </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) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>															
			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

ORDONNANCE

Le : 22-02-2022

Dr KHALFI ALI

- NFS plq
- CRP
- PSA
- Glycémie à jeun
- Hba1c

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL MANZAH
Rue de la Liberté
Casablanca


Dr. KHALFI C.
Gériatrie

CHU Ibn Rochd Casablanca

LABORATOIRE EL MANZAH D'ANALYSES MEDICALES

115, ROUTE D'EL JADIDA, CASABLANCA

TEL : 0522 23 53 28 / 0522 23 83 46

FAX : 0522 23 35 58 / ICE:00044934000095 / IF:42404900

Note d'honoraires

Casablanca le 23 février 2022

Monsieur KAMALI ALI

RAM

FACTURE N°	335
------------	-----

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glyquée (HBA1c) -----	B	100	
Protéine C réactive -----	B	100	
PSA totale -----	B	300	Total : B 610

TOTAL DOSSIER

600,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Six Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL MANZAH
Route d'El Jadida
Casablanca

Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie

- Hematologie - Immunologie - Parasitologie

- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)

- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (France)



الدكتور مصطفى المنزه

صيدلي بيولوجي

إختصاصي في التحاليل الطبية

داخلي سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)

خريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 23/02/22

Prélèvement effectué à 08:04

Edition du : 23/02/22

Monsieur KAMALI ALI

Réf. : 22B138

Compte Rendu d'Analyses

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun ----- :
(GOD / PAP) Soit :2,10 * g/l
11,7 mmol/l

Normales

Antériorités

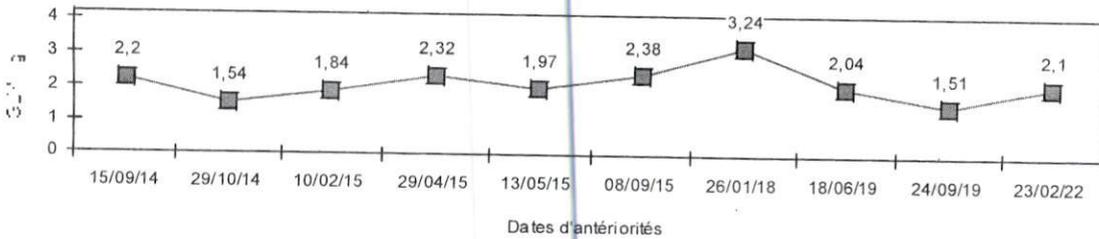
< 1,1

< 6,1

24/09/19

1,51

8,4

Hémoglobine glyquée (HBA1c) ----- :
(DCA Siemens)

8,4 * %

4 - 6

6,3

Interpretations:

* < 6,5 %

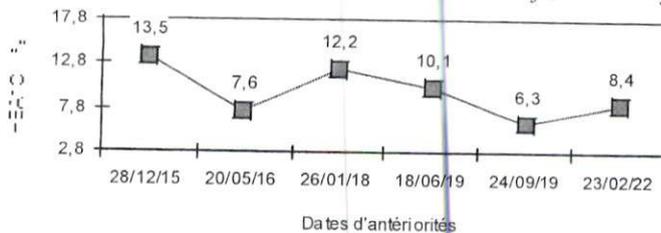
Objectif optimal

* 6,6 - 8 %

Sur deux contrôles successifs, une modification du traitement peut être envisagée en fonction de l'appréciation du clinicien.

* > 8 %

Sur deux contrôles successifs, une modification du traitement est



recommandée.

Dr. Mostapha MANZAH

Pharmacien Biologiste

- DES : Biochimie - Bactériologie - Virologie
- Hematologie - Immunologie - Parasitologie
- Lauréat de la faculté de Nantes (FRANCE)
- Ancien interne du C.H.U. de Nantes (France)



الدكتور مصطفى المنزه

صيدلي بيولوجي

إختصاصي في التحليلات الطبية

داخلي سابقا بالمركز الصحي والجامعي بنانت (فرنسا)

خريج كلية الصيدلة بنانت (فرنسا)

Dossier ouvert le : 23/02/22
Prélèvement effectué à 08:04
Edition du : 23/02/22

Monsieur KAMALI ALI

Réf. : 22B138

Compte Rendu d'Analyses

IMMUNO / SEROLOGIE

Normales Antériorités

Protéine C réactive : <6 mg/l
(Agglutination au latex)

< 6

MARQUEURS

P.S.A. Total : 2,66 ng/ml
(Technique E.L.F.A.)

18/06/19

2.01

< 40ans : 0,21 à 1,72 ng/ml
entre 40 et 49 ans : 0,27 à 2,19 ng/ml
entre 50 et 59 ans : 0,21 à 3,42 ng/ml
entre 60 et 69 ans : 0,22 à 6,16 ng/ml
> 69ans : 0,21 à 6,77 ng/ml

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES EL MANZAH
Rue d'El Jadida
Casablanca
Tél : 05.22.23.35.58
Fax : 05.22.23.35.58