

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

N° W21-678873

119603

| | | | |
|---|--|----------------------------------|---------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Maladie | <input type="checkbox"/> Dentaire | <input type="checkbox"/> Optique | <input type="checkbox"/> Autres |
| Cadre réservé à l'adhérent (e) | | | |
| Matricule : 7082 | Société : RAM | | |
| <input type="checkbox"/> Actif | <input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e) | <input type="checkbox"/> Autre : | |
| Nom & Prénom : FARIS | | | |
| Date de naissance : 07-02-1958 | | | |
| Adresse : Reschabeb zone Dimb 13 N° 3 Ain Seba Casablanca | | | |
| Tél. : 06 68385526 | Total des frais engagés : 485 | Dhs | |

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

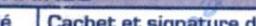
| | | | |
|--|--|--|--|
| Cadre réservé au Médecin | | | |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: auto;"> Médecine Générale tmm B N° 2 Zone D Résidence Chabat Ain Sebaa Casablanca </div> | | | |
| Cachet du médecin : | | | |
| Date de consultation : 15-03-2022 | | | |
| Nom et prénom du malade : Ait Lhammine Atika Age: 47 | | | |
| Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant | | | |
| Nature de la maladie : ecchyse de la genou avec ATCD | | | |
| En cas d'accident préciser les causes et circonstances : crise d'ATCD | | | |
| 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 : 10/06/2022

Signature de l'adhérent(e) :

| RELEVE 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 |
| 15-03-2022 | Q | 1 | 135000 | INP : 1111111111  |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

| ANALYSES - RADIOGRAPHIES | | | | |
|--|----------|------------------------------|------------------------|--|
| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires | |
| LABORATOIRE MEDICAL AB ANALYSES ANTOINE 98 Bd Mohamed Ben Aissa 1er Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi 10 Casablanca Tel : 05 22 71 10 | 16/03/22 | 13.300 Frs | 355,00 Dh | |

| AUXILIAIRES MEDICAUX | | | | | | Montant détaillé des Honoraires | |
|---------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|--|
| Cachet et signature du Particulier | Date des Soins | Nombre | | | | | |
| | | A M | P C | I M | I V | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | INP : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | DATE DU DEVIS <input type="checkbox"/> | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="checkbox"/> | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;"> </td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | | | | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| G | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

r. ZBIRI FATIMA

Médecine Générale

ECHOGRAPHIE



الدكتورة ازبيري فاطمة

الطب العام

الفحص بالصدى

15.03.04

Atika Ait elhmiss

doseff ds Di amea

Dr ZBIRI Fatima
Médecin Générale
Immeuble 2
Résidence Chabab
Zone D
Casablanca

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES AMALAB
98 Bd. Mohamed Bouâmrane
1er Étage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Tél / Fax : 05 22 74 69 36



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر أمال لاب للتحليلات الطبية

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

Dr. Amal KAMIRI

Pharmacienne Biologiste

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Madame AIT LHOUSSAINE ATIKA

Docteur FATIMA ZBIRI

Réf. : 22C415

Dossier ouvert le : 16/03/22 , Edité le : 16/03/22

Page : 1 / 1

Compte Rendu d'Analyses

HEMOSTASSE

| | | | | |
|--|--------|------|-------|-------|
| D-Dimères ----- | : | 0,44 | µg/ml | < 0,5 |
| <i>Thermo scientifique (Turbidimétrie ELISA)</i> | Soit : | 440 | ng/ml | < 500 |

AMAL LAB
LABORATOIRE

Docteur AMAL KAMIRI
Ph Biologiste
Amal 4 Bd. Med Baâmrani N° 98
1er Etage Sidi Bernoussi Casablanca
Tel: 05 22 74 10 15

AMAL 4 - bd Mohamed Baâmrani n°: 98. 1er étage, Bernoussi
à coté Acima et café MEET U

tel & fax : (+212) 05 22 74 10 15 - Mail : amalaboratoire@gmail.com

ICE : 001759360000023 - ITP : 31603312 - IF : 18812363



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

مختبر أمال لاب للتحاليل الطبية

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

Dr. Amal KAMIRI

CES en Biologie clinique
DU d'assurance qualité en
Science de la santé

Casablanca 16 mars 2022

Madame AIT LHOUSSAINE ATIKA

M

FACTURE N° 24792

Analyses :

| | | |
|-------------------------|---------|---------------|
| D-Dimères turbidi ----- | B 300 | Total : B 300 |
|-------------------------|---------|---------------|

Prélèvements :

| | |
|-----------|----------|
| Sang----- | Pc 1,5 |
|-----------|----------|

| | |
|---------------|-----------|
| TOTAL DOSSIER | 355,00 DH |
|---------------|-----------|

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Cinquante Cinq Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES AMAL LAB
98 Bd. Mohamed Baâmrani
1er Etage, Amal 4, Sidi Bernoussi
Casablanca
Tél : (+212) 05 22 74 10 15
Fax : (+212) 05 22 74 10 15
Date : 05/03/2022