

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 (L.G.) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W19-584200

120036

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11462 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : KADJAS NAWAL

Date de naissance : 26/11/1977

Adresse :

Tél. : 0665100783 Total des frais engagés : 369,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 27/05/2022

Nom et prénom du malade : KADJAS NAWAL Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : calcul urinaire

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 : 23/06/2022

Signature de l'adhérent(e) : Nawal



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
27/05/22	222			INP : 602032208 [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

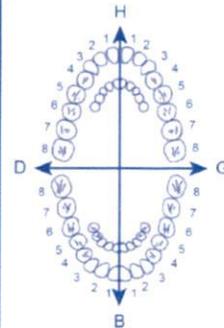
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	27/05/22	B 3000h	360,000h

AUXILIAIRES MEDICAUX

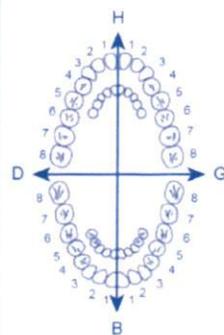
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
H		G	
25533412	21433552		
00000000	00000000		
D			B
00000000	00000000		
35533411	11433553		

[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
MONTANTS DES SOINS	<input type="text"/>
DEBUT D'EXECUTION	<input type="text"/>
FIN D'EXECUTION	<input type="text"/>

COEFFICIENT DES TRAVAUX	<input type="text"/>
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

وصفة طبية

Ordonnance

Casablanca, le :

27/11/11

Mme KADJAT

Mme KADJAT

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Sedouati
Urologie - Transparence
097057706

Colend unicare

Analyse spectrophotométrique

Signature

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr. RABII Sedouati
Urologie - Transparence
097057706

F A C T U R E

N° : 64946 / 2022 du 27/05/2022

Nom patient	KADJAJ NAWAL	Entrée	27/05/2022
	PAYANTS	Sortie	27/05/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0300	360,00	360,00
			<i>Sous-Total</i>	360,00
Total Clinique				360,00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i>		Total	360,00
TROIS CENT SOIXANTE DIRHAMS			

Signature
 Directeur National de Référence
 Tél : 05 29 05 02 22
 Email : fahr@firim-hiv.ma

Identifiant du patient : H0121021112
Date de naissance : 26/11/1977
Sexe : F
Date de l'examen : 27/05/2022
Prélevé le : 27/05/2022 à 14:39
Edité le : 16/06/2022 à 09:47

Mme KADJAJ NAWAL
Dossier N° : 22056119
Docteur RABII REDOUANE
Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



BIOCHIMIE SANGUINE

ANALYSE D'UN CALCUL

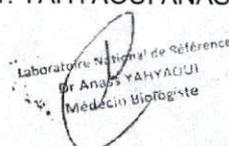
Analyse d'un calcul

: VOIR LE COMPTE RENDU CI-JOINT

Le 16/06/2022 à 09:47

Signature

Pr. YAHYAOUI ANASS


Laboratoire National de Référence
Dr. ANASS YAHYAOUI
Médecin Biologiste

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
E-mail : labo@fckm-hck.ma

Laboratoire National de Référence

KADJAJ
NAWAL

Né(e) le 26.11.1977
Dossier n° : **22T0829252**

Sexe : F

G /w 994-101 /s 994-101

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
DR OUM HAY HASSANI
BD D MED TAIEB NACIRI BP 82403
20000 CASABLANCA
MAROC

Transmis par HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
Vos références : EXP1505662 16999
Enregistré le : 31.05.2022 Edité le : 13.06.2022
Ex envoyé(s) au(x) : Laboratoire

● **CALCUL (Spectrométrie infra-rouge)**

Prélèvement : 27.05.2022 Urine 10h 00

Origine de la lithiase :	Urinaire
Nombre de calculs :	1
Nombre de fragments :	0
Forme :	Compacte
DIMENSIONS :	
Hauteur	3 mm
Largeur	5 mm
Longueur	6 mm
Consistance :	Dur
Superficie :	
-Aspect	Mamelonné, microcristallin, bourgeonnant.
-Type	WHEWELLITIQUE Ia
-Couleur	Brun foncé
Section :	
-Aspect	Organisée, radiale, concentrique
-Type	WHEWELLITIQUE Ia
-Couleur	Brun foncé
Noyau :	Pas de présence décelable

Laboratoire National de Référence
Tél : 05.29.05.02.33
labo@lcn-bck.ma

KADJAJ

NAWAL

Né(e) le 26.11.1977

Sexe : F

Dossier n° : **22T0829252**

G /w 994-101 /s 994-101

**HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID
DR OUM HAY HASSANI
BD D MED TAIEB NACIRI BP 82403
20000 CASABLANCA**

MAROC

COMPOSITION DE LA SUPERFICIE

Taux

WHEWELLITE (Oxalate de Calcium monohydraté)

>95 %

COMPOSITION DE LA SECTION

Taux

WHEWELLITE (Oxalate de Calcium monohydraté)

>95 %

Conclusion :

Calcul mettant en évidence une hyperoxalurie intermittente

Simon Samaan (01 34 40 20 20)



Compte rendu complet

Laboratoire National de Référence
Tel : 05.29.05.02.33
F : 05.29.05.02.33
labo@fckm-hck.ma