

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 : adhession@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° W21-627094

1A38C

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 8969			
Société : RAM			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : PL FATHI LA LAOUI MY AHMED			
Date de naissance : 26.07.72			
Adresse : L 107 ENNACER BLOC 7 VM - W 1745 OUVAD SALAH NEUACER CASA			
Tél. : 0661267629 Total des frais engagés : 600 Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : TOUCIARI 11/14/14			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Hyperthyroïdie			
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 : CASA

Le : 05.07.2022

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	
N° W21-627094	
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule : 8969	
Nom de l'adhérent(e) : PL FATHI L	
Total des frais engagés : 600 Dhs	
Date de dépôt : 21.07.22	

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
04/06/88	C 2	30 adt	INP : 04 19 04 18715	DOCTEUR Saïd NEJJAR Diabétologie N°2, 107, GH04
20/06/88	C 2	C7	APT N°2	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
		DOCTEUR Saïd NEJJAR Diabétologie N°2, 107, GH04
		Centre de dépôtement (LNR) 000063728
		APT N°2

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	06-06-88	Hôpital Universitaire Mohammed	
		Centre de dépôtement (LNR)	000063728

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	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.

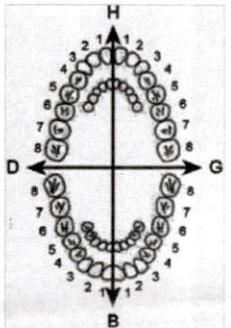
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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	Nature des Soins	Coefficient	INP :
				INP : 11111111
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXECUTION

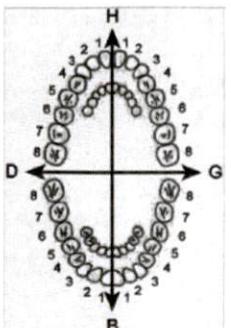


ODF PROTHÉSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Samia NEJJAR

Diplômée de la Faculté de Médecine de Casablanca
Ancienne interne des Hôpitaux de Paris
(Hôtel Dieu de Paris)

Spécialiste en Endocrinologie, Diabétologie Maladies Métaboliques et Nutrition

- Diabète • Goitre • Obésité • Hypertension artérielle
- Cholestérol • Stérilité • Trouble de croissance et de puberté • Pathologie surrénalienne & hypophysaire
 - Pose de Pompe à Insuline •

Casablanca, le 04/06/2022

Tougar Hayat

TGHus

Docteur Samia NEJJAR
Endocrinologue - Diabétologue
Complexe Al Moustakbal, Imm. 107, GH04
Appt. N°2, Sidi Maârouf - Casablanca
Tél / Fax : 052 97 57 35



إقامة المستقبل، عمارة 107، شقة 2، سيدى معروف - الدار البيضاء

Résidence Al Moustakbal, Imm. 107, GH 04, appt. 2 - Sidi Maârouf - Casablanca

Tél.: 05 22 97 57 35 / 05 20 12 92 04: - الهاتف - Fax: 05 22 97 56 44: - الفاكس:

الدكتورة سامية النجار

خريجة كلية الطب بالدار البيضاء
طبيبة داخلية سابقا بمستشفيات باريس

اختصاصية في أمراض الغدد، السكري، السمنة

• الغدة الدرقية • داء السكري • السمنة • الكوليستيول

• الضغط الدموي • أمراض التغذية والبلوغ • العقم

• أمراض الكظران و الغدة النخامية

تركيب مضخة الأنسولين

HOPITAL UNIVERSITAIRE INTERNATIONAL MOHAMMED VI

F A C T U R E

2200206100

N° : **12272 / 2022** du **06/06/2022**

Nom patient	TOUGARI HAYAT	Entrée	06/06/2022
	PAYANTS	Sortie	06/06/2022

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
Thyreostimuline (TSH 3G)	1.00	B0250	300.00	300.00
Total Clinique				300.00

<i>Arrêtée la présente facture à la somme de :</i> TROIS CENTS DIRHAMS	Total	300.00



Identifiant du patient : 21M0000562

Date de naissance : 11/01/1976

Sexe : F

Date de l'examen : 06/06/2022

Prélevé le : 06/06/2022 à 09:17

Édité le : 06/06/2022 à 13:46

TOUGARI HAYAT

Dossier N° : 22061201

Docteur DR. MEDECIN EXTERNE NULL



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

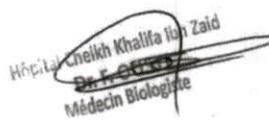
BILAN THYROÏDIEN

TSH u.s.	:	3.040	μUI/mL	0.27 - 4.20	2.400 μUI/mL
				(05/03/2022)	

(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)

Le 06/06/2022 à 13:46
Signature

Dr. OUSTI Fadwa



Hôpital Cheikh Khalifa bin Zaid
Dr. F. OUSTI
Médecin Biologiste



Hôpital Universitaire
International Mohammed VI
Centre de Dépistage
LNR
090063728

Laboratoire National de Référence

Boulevard mohamed Taieb Naciri, BP 82403 Casa Oum Rabii, Hay Hassani, Casablanca. Téléphone: +212 529 050233, Courriel: lnr@fckm.ma
Conformément aux textes en vigueur, votre échantillon biologique pourra être éliminé, utilisé et/ou transféré à des fins scientifiques ou de contrôles qualité, hors génétique humaine, de manière anonyme et respectant le secret médical sauf opposition formulée auprès de notre secrétariat médical.