

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 canalaire, 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 canalaire.

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

- Reclamation : 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.

N° W21-715202

123321

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : 9562 Société : RAN			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : KHOUSSI BAGA A.D.L			
Date de naissance : 13-11-70			
Adresse : 31 Rue Hanifa Apta n° 12			
Tél. : 061114760 Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade :	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : Casablanca Le : 09/07/2022
Signature de l'adhérent(e) : 

09/07/2022

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
				INP : <input type="text"/>

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
LABORATOIRE AMARA Mohammed AMARA BIOLOGISTE	29/06/22	5.120	279,620 DT

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 : <input type="text"/>																	
		CŒFFICIENT DES TRAVAUX																	
		MONTANTS DES SOINS																	
		DÉBUT D'EXÉCUTION																	
		FIN D'EXÉCUTION																	
		ODF PROTHÉSES DENTAIRES 	CŒFFICIENT DES TRAVAUX																
			MONTANTS DES SOINS																
			DATE DU DEVIS																
			DATE DE L'EXÉCUTION																
			DÉTERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE																
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td colspan="2">D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> <td>35533411</td> <td></td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	D		00000000	00000000	G		00000000	11433553	B		35533411		
H			25533412	21433552															
D			00000000	00000000															
G			00000000	11433553															
B			35533411																
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																			

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

20629520

Analyses effectuées le: 29/06/2022

Pour.....: **Mr. KHOUYIBABA ADIL**

Sur prescription du: Dr ILOUGHMANE ZAKARIA

Code.....: 00033983



Organisme.....:

Bilan:

HBA1C GLY UREE CREAT

Cotation : (B 190)

Montant Net : 279.60 **Dhs**

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT SOIXANTE DIX NEUF Dhs 60 Cts

LABORATOIRE AMARA
Mohamed AMARA
BLOOM SITE
Bd. Med. V - 3ème étage
Tel. 0523.30.40.30

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales
Hopital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

KNoye

**Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPNAHMIMV - RABAT
INPE : 101224277 ADIL**

Sur.

VS

- GAG

- Hbanc

- oré + crâne .

LABORATOIRE AMARA
Spécialiste
Mohammed ILOUGHMANE
Hôpital Mohamed V
Rabat
Tel. : 05 23 90 40 30

**Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPNAHMIMV - RABAT
INPE : 101224277**

Mohammed AMARA
Pharmacien Biologiste

Diplômé de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Prélèvement du : 06/07/2022

Heure : 10:34

Edition du : 06/07/2022

Code Patient : 00033983

Matricule :



Référence 20706T2973 du : 06/07/2022

Mr. KHOUYIBABA ADIL

Médecin: Dr. ILOUGHMANE ZAKARIA

BIOCHIMIE

EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie..... :	1.42	g/l	(0.70 à 1.10) 1.47 (29/06/22)

CHIMIE URINAIRE

Micro-albuminurie..... : 22 mg/l
Créatinine urinaire..... : 2383 mg/l

Rapport Micro-albumines / créatinine urinaire

9 mg/g de créatinine

