

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-710662

128038



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 83/CA

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ELYOUNSI SAMIR

Date de naissance : 19/04/67

Adresse : N° 19 IMMO RESIDENCE NADIA CASA

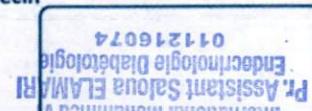
Tél. : 2661265209

Total des frais engagés :

300 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/05/2022

Nom et prénom du malade : RÉHOUIS HOURIA

Age : 42 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Pathologie chronique au long cours

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 : 05/05/2022

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 INP : [REDACTED]
11/05/22				<i>Hôpital Universitaire Paul ÉLMANNE Hôpital Sainte Marguerite Marseille</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>Laboratoire National Tel: 05.29.05.0212 Email: labo@fdm-hc.fr</i>	11/05/22	B.D.250	300,00

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

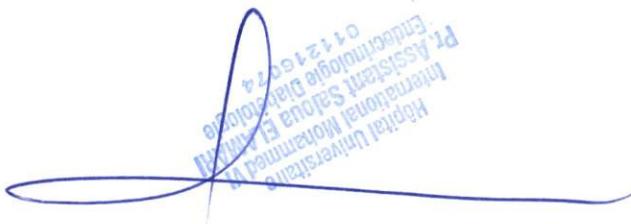
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																		
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																		
Important : Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.																																		
	SOINS DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : [REDACTED]		
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																														
CCEFFICIENT DES TRAVAUX		[REDACTED]																																
MONTANTS DES SOINS		[REDACTED]																																
DEBUT D'EXECUTION		[REDACTED]																																
FIN D'EXECUTION		[REDACTED]																																
	ODF PROTHESES DENTAIRES <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</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> <tr> <td colspan="2">[Création, remont, adjonction]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[REDACTED]</td> </tr> <tr> <td colspan="2">[REDACTED]</td> </tr> </tbody> </table>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	35533411	11433553	B		[Création, remont, adjonction]		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		[REDACTED]		[REDACTED]		CCEFFICIENT DES TRAVAUX		[REDACTED]										
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																																
		H	G																															
		25533412	21433552																															
		00000000	00000000																															
		35533411	11433553																															
		B																																
		[Création, remont, adjonction]																																
		Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																																
		[REDACTED]																																
[REDACTED]																																		
MONTANTS DES SOINS		[REDACTED]																																
DATE DU DEVIS		[REDACTED]																																
DATE DE L'EXECUTION		[REDACTED]																																
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																														

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

١١/١٥/٤٦٢٢

Unter Name 84



HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID**F A C T U R E**N° **57 102 / 2022** du **12/05/2022**Nom patient : **REHIOUI HOURIA**Entrée **12/05/2022**Prise en charge : **PAYANTS**Sortie **12/05/2022**

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
<i>PRESTATIONS INTERNES</i>				
EXAMENS BIOLOGIE	1,00	B0250	300,00 Sous-Total	300,00 300,00
Total Frais Clinique				300,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENTS DIRHAMS

Total **300,00**

Encaissements			Carte Bq		Total encaissé	Solde
			300,00		300,00	0,00

Laboratoire National de Référence
Ref : 00000000000000000000000000000000
E-mail : labo@fclm-hcm.ma

Spécialités

Cytogénétique
Biologie moléculaire
Dépistage néonatal-prénatal

Biologie cellulaire
Biologie médicale
Anatomie pathologique

Identifiant du patient : 170109101304NA

Date de naissance : 16/11/1979

Sexe : F

Date de l'examen : 12/05/2022

Prélevé le : 12/05/2022 à 08:42

Édité le : 12/05/2022 à 11:21

Mme REHIOUI HOURIA

Dossier N° : 22052254

Service : SALLE DE PRÉLEVEMENT



HORMONOLOGIE - ENDOCRINOLOGIE

CORTISOL PLASMATIQUE 8 H	:	8.93 µg/dL	4.82 - 19.50	11.40 µg/dL
(Sang, électrochimiluminescence « ECLIA », Roche)				

Le 12/05/2022 à 11:21
Signature

Dr. RAZIK Nadia

Dr. Nadia RAZIK
Pharmacien Biologiste
Laboratoire National de Référence

Dr. Nadia RAZIK
Tél : 0529 05 02 33
Email : labo@fckm-hora.ma

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.