

## 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| ○ 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



## Déclaration de Maladie

N° W21-718650

130580

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 7576 Société :			
<input type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : RETRAITE			
Nom & Prénom : HASSAÏCHE DRISS			
Date de naissance : 28 NOVEMBRE 59			
Adresse : VILLA F 111 Cité EL HOUSSA AGADIR			
Tél. : 0661942618 Total des frais engagés : 120,00 Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> <b>Dr. MAZOUZI Houda</b>            Endocrinologie - Diabétologie - Nutrition            Imme. Timitar, Bureau 405, 5<sup>e</sup> étage... Hassan II            Tel: 0528 30 00 13 / 0566 55 44 49            INPE: 041258880         </div>			
Date de consultation : 05/10/20			
Nom et prénom du malade : HASSAÏCHE DRISS Age: 62 1/2			
Lien de parenté : <input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Diabète			
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 : Agadir Le : 05/10/2022

Signature de l'adhérent(e) :

[Redacted signature area]

#### **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

## **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
<b>BORATOIRE DR. A. GUENOUNI</b> <b>Analyses Médicales</b> <b>53, Av Abdellah Guenouni, Essalam</b> <b>AGADIR</b> <b>05 22 22 34 34 / FAX 05 22 22 34 34</b> <b>0 4 3 0 6 2 4 7 0</b>	06-29-12	B.115	11.220 DH

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/> FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			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"/>
	H			
	25533412 21433552			
	00000000 00000000			
	D 00000000 00000000 G			
	35533411 11433553			
	B			
	[Création, remont, adjonction]			
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			



# LABORATOIRE RAHMOUNI D'ANALYSES MEDICALES

## مختبر الرحموني للتحاليلات الطبية

Dr. Rahmouni Khalid

Pharmacien Biologiste

Lauréat de L'Université d'état de Médecine de Samara

Ancien attaché au CHU Ibn Rochd de Casablanca

Spécialiste en : Hématologie – Biochimie – Immunologie – Bactériologie – Virologie – Mycologie – Parasitologie

د.الرحموني خالد

صيدلي احياني

خريج جامعة الدولة للطب بسامارا

ملحق سابق بالمركز الاستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

AGADIR le: 06/09/2022

FACTURE N° 3003/2022

Médecin Docteur MAZOUZI HOUDA

Nom du patient MR HADDOUCHE DRISS

Examens - MICE

Cotation B 115

Montant 120,00 DH

Arrêtée la présente note d'honoraires à la somme de: CENT VINGT DIRHAMS

LABORATOIRE RAHMOUNI  
d'Analyses Médicales  
53, Av Abdellah Guenoun, Essalam  
AGADIR  
+212 52 22 22 36 / Fax: 05 28 22 22 36  
0 4 3 0 6 2 4 7 0



# LABORATOIRE RAHMOUNI D'ANALYSES MÉDICALES

## مختبر الرحموني للتحاليلات الطبية

Dr.Rahmouni Khalid

Pharmacien Biogiste

Lauréat de L'Université d'état de Médecine Samara  
Ancien attaché au CHU Ibn Rochd de Casablanca

د.الرحموني خالد

صيدلي إحيائي

خريج جامعة الدولة للطب بسامارا

ملحق سابق بالمركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

Spécialiste en : Hématologie - Biochimie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Mycologie - Parasitologie

Prélèvement du : 06/09/2022 à 09:14

Résultats édités le: 07/09/2022



Prescripteur: Docteur MAZOUZI HOUDA

MR HADDOUCHE DRISS

Dossier N° 22C95

Page: 1/1

### BIOCHIMIE URINAIRE (SUR COBAS )

Microalbumine sur échantillon..... 10,0 mg/l < à 30,0 mg/l

Total de pages: 1



LABORATOIRE Dr. RAHMOUNI  
d'Analyses Médicales  
53, Av Abdellah Guenoun, Essalam  
AGADIR  
Tél : 05 28 22 36 36 / Fax : 05 28 22 22 36



Adresse : 53, Av Abdellah Guenoun, Essalam, Agadir

Tél : 05 28 22 36 36 / Fax : 05 28 22 22 36 - E-mail : laboratorerahmouni@gmail.com