

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.

N° W21-666994

A 51016
 Maladie Dentaire Optique Autres

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	Société :
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 8813		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :
Nom & Prénom : Amaddah Abdelouahab		
Date de naissance :		
Adresse :		
Tél. 066121874		Total des frais engagés : Dhs

Autorisation CNDP N° : AA-215/2019

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 25/01/2023

Nom et prénom du malade : Mr. Amjad Ben Abdellah Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Néutropénie post opératoire

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

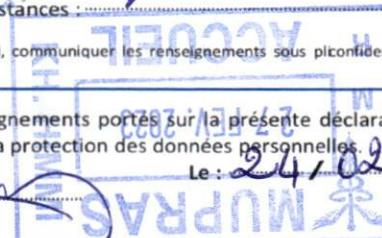
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 24/01/2023



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
25/01/23	Khalil			INP : 091175131 Signature : Dr. Khalil - Casablanca Date : 25/01/23 - Casablanca CPT : Ibn Sina

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies

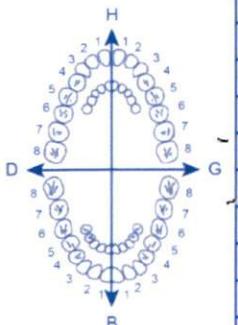
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
ANNUAL DE RADI	25/01/23	B1423	1833 DH
Radio-Biologiste Tél: 0522 38 03 36			

AUXILIAIRES MEDICAUX

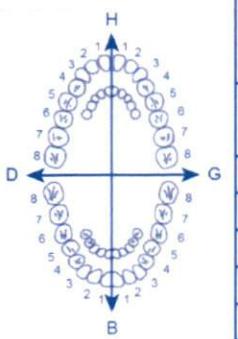
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

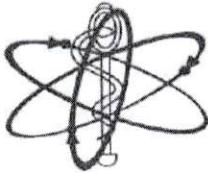
DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Anoual

Laboratoire de Biologie medicole
Génétique moléculaire
Radio immuno-analyse
Diagnostic Prenatal
Biologie de la Reproduction



أنوال

Docteur Jamal FEKKAK
Radio-biologiste
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
Diplômé de l'Université Paris VII
et de l'Institut Pasteur de Paris
Biologiste Qualifié

Mr Abdelouahab AMADDAH

Né(e) le : 12-01-1967

Dossier N° : 2301250056

Date de l'examen : 25-01-2023

Prélevé le : 25-01-2023 12:47 en interne

Édité le : 27-02-2023

DR : Hanaa BENCHAREF

Adresse :

Page 2 / 2

Sérologie HIV Ac/Ag NEGATIF
[AC]

(Immunoluminescence-CLIA
- Cobas 6000-Roche)

Indice 0.200

Commentaire

Négative: $I < 0,9$

Douteux : $0,9 < I < 1$

Positive: $I > 1$

Antigène HBS [AC] NEGATIF

(ECLIA- COBAS 6000®
Roche)

Indice 0.473

Négative: $I < 0,9$

Douteux : $0,9 < I < 1$

Positive: $I > 1$

Anticorps anti-HBc NEGATIF

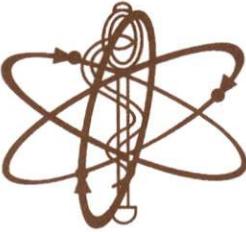
totaux

(ECLIA- COBAS 6000®
Roche)



Anoual

Laboratoire de Biologie medicale
 Genetique moleculaire
 Radio immuno-analyse
 Diagnostic Prenatal
 Biologie de la Reproduction



مختبر أنوال

Docteur Jamal FEKKAK

Radio-biologiste

Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris
 Diplômé de l'Université Paris VII
 et de l'Institut Pasteur de Paris
 Biologiste Qualiticien

FACTURE N° 2301250056

Mr Abdelouahab AMADDAH

Demande N° 2301250056

Date de l'examen : 25-01-2023

Analyses :

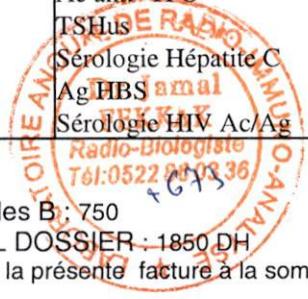
Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PSAD	Prélèvement sang adulte	E25	E
	Anticorps anti-HBc (totaux)	B250	B
	Ac anti-TPO	E300	E
	TSHus	B200	B
	Sérologie Hépatite C	B300	B
	Ag HBS Dr. Jamal FEKKAK	E250	E
	Sérologie HIV Ac/Ag	E300	E

Total des B : 750

TOTAL DOSSIER : 1850 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille huit cent cinquante dirhams DH



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



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

Médecin Commandant MERYEM ZERRIK
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224269

RAB le 03/01/2023

Mr AMAOUDAH ABDELOUHAAD

Consultation bivac. clinique.

Cher infirmier :

Permettez-moi de vous adresser ce
personnel navigant âgé de 54 ans, sans ATD notable
ni historique de prise médicamenteuse ni infectieux
connus ; sujet asymptomatique, à l'examen clinique :
NL (pas de SPMB ni ATD palpable), qui
présente une neutropénie isolée persistante
angoissante.

Je vous remercie par avance.

Carliel
Médecin Commandant MERYEM ZERRIK
Professeur Assistant
en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMV - RABAT
INPE : 101224269



Hôpital sans Tabac
 Fumer Tue

مستشفى بدون تدخين
 التدخين يقتل

BILLET D'EXAMEN

Date : 25/01/2023

Prénoms et Nom du Malade : Mr Amaddah Abdehoulaas

Service : N° d'Admission :

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES	RESULTAT D'EXAMEN
<ul style="list-style-type: none"> - Boxyge TSH US - Ac Anti TP O - Ag HBS, Ac Anti HB e 	<ul style="list-style-type: none"> - HIV - HCV



Dr. Hanaa ENCHAHIRI
 Le Médecin Traitant
 Laboratoire Anoual de Paris
 10, rue des deux Moulins
 75012 Paris
 France
 Tel: +33 1 40 22 86 03
 Fax: 05 22 29 94 83