

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS



Déclaration de Maladie

M23-002556

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.

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

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6513 Société : 157018

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : IBRAHIM ZAHIR FATMA

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06 66969679 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:.....

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

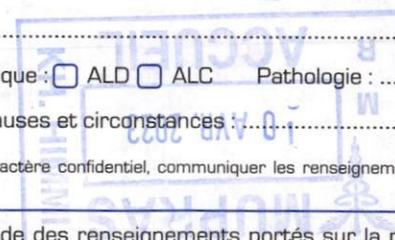
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Le :/...../.....

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



RELEVÉ 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

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
 LABO IBN YASSINE 4, Bir Anzarane Rue de Fes Charmila - Tél. 13841	25/03/23	B. 730x 1.34	803, el

AUXILIAIRES MEDICAUX

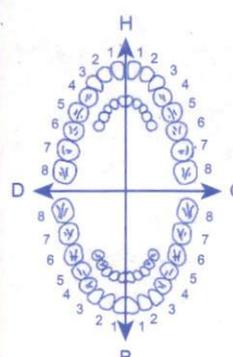
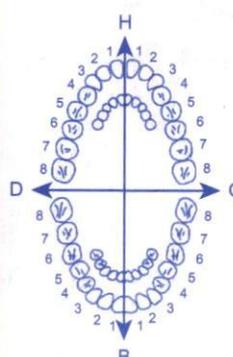
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient													
				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															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	B		00000000	00000000	35533411	11433553		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H															
	25533412	21433552														
	00000000	00000000														
	B															
	00000000	00000000														
	35533411	11433553														
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>													

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Dr. EL KASRI Mohamed Adil

Anesthésiste réanimateur

Diplômé de la Faculté de Médecine de Nice

Sur Rendez-vous

Casablanca le :

24/03/23

Mme Idrissi ZAHIR Fatna

Acide urique

Cholestérol - Triglycéride

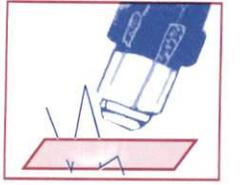
ACAT - ASAT - d'GT

HVB - HVC

TP

Anesthésiste Réanimateur
d Adil EL KASRI
Ophthalmic Clinic of Casablanca
13, Rue des Papillons - Oasis - Casa
Tél.: 0522 25 71 11 (fax) - fax: 0522 25 11 15

Urgence 24/24



INPE : 093001816

Facture n° 66665

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 25/03/2023

Analyses effectuées le: 25/03/2023

Pour.....: **Mme IDRISSI ZAHIR FATNA**

Sur prescription du: Dr EL KASRI

Code.....: 1CJ7930



EXAMENS EFFECTUES :

TGO TGP GGT CT TRIGL AU HBS HEP C TP

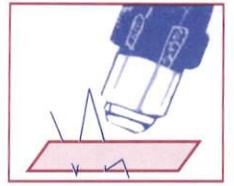
Cotation : (B 730)

Montant Net : 803.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

HUIT CENT TROIS Dhs 00 Cts

مختبر ابن ياسين
LABO IBN YASSINE
Bd. Bir Anzarane
Mohammedia
مختبر ابن ياسين
IBN YASSINE
de Fes
3326401



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



1CJ7930

Prélèvement du : 25/03/2023

Référence : 303CNSS25464

25/03/2023

Mme IDRISSE ZAHIR FATNA

Médecin: **Dr. EL KASRI**

**EXAMENS DE SANG
BIOCHIMIE**

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Acide Urique.....:	36.7 220	mg/l μmol/l	(20 - 60)
Cholestérol Total.....:	1.21	g/l	(1.50-2.20)
Triglycérides..... : Soit.....:	0.82 0.93	g/l mmol/l	(0.5 -1.50) (0.57-1.71)
Transaminases - SGOT (ASAT) ...:	59	UI/l	(< 40)
- SGPT (ALAT) ...:	34	UI/l	(< 40)
Gamma G.T..... :	40.1	UI/l	(<50)

SEROLOGIE

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE B

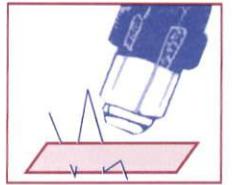
Antigène HBs.....: **négatif**

SEROLOGIE DE L'HEPATITE VIRALE C

Anticorps VHC (Hépatite C)....: **positif**

مختبر ابن ياسين
LABO IBN YASSINE
Bd. Bir Anzarane Rue de Fes
Mohammédia- Tél.0523326401

Laboratoire Ibn Yassine



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

INPE : 093001816



1CJ7930

Prélèvement du : 25/03/2023

Référence : 303CNSS25464

25/03/2023

Mme IDRISSE ZAHIR FATNA

Médecin: **Dr. EL KASRI**

EXAMENS DE SANG
HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Taux de prothrombine (Temps de quick, TP) (Technique chronométrique-Stago)			
Temoin.....:	12.5	sec	
Patient.....:	13.3	sec	
TP.....:	90	%	
INR.....:	1.1		
(International Normalized Ratio)			

Valeurs de référence de l'INR:

- 0.8 à 1.2: Normale sans traitement AVK
- 2.0 à 3.0: Phlébite-Embolie pulmonaire-Fibrillation auriculaire
- 3.0 à 4.5: Risque élevé de thrombose-Prévention due aux valves cardiaques

مختبر ابن ياسين
LABO IBN YASSINE
Bd. Bir Anzarane, Rue de Fès
Mohammedia- Tél. : 05 23 32 34 60 / 05 23 32 64 01

Laboratoire Ibn Yassine