

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.

M23-003730

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : *R001001*

Société : *ESC / Rabat sale*

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : *EL HADDAJ*

M'Barek

Date de naissance : *1925*

Adresse : *secteur 4 B rue EL AZZAR N° 247 Tabiquet sale*

Tél. : *06.64.19.14.33*

Total des frais engagés : *500,00*

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

*Pr. HAFIDI EL HAMANI AICHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
Rabat - Tel. : 05 37 67 44*

Date de consultation : *26/05/23*

Nom et prénom du malade : *M. DIFI ABARKA* Age : *1930*

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : *hypothyroïdie*

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 : *Neiva*

Le : *28/05/2023*

Signature de l'adhérent(e) : *Neiva*



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
26/05/2023	3		3	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Dossier et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>Mr. Khalil Agdal Nucleaire Ex. 05.37.77 61.87</p>	27/05/23	$(V300) \times 2$ $(22 + PRA) \times 2$	540.00 INP: 101006807

AUXILIAIRES MEDICAUX

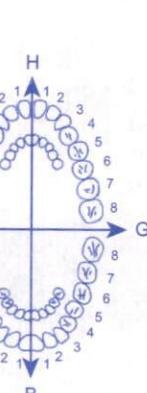
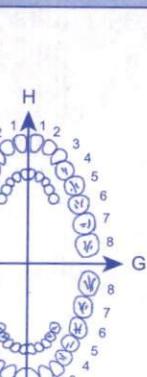
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	Coefficient des travaux
D	G	00000000 35533411	00000000 11433553	
B				
				Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET GACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

FACTURE

ex. Professeur Agrégé

Radio-Isotopes et Médecine Nucléaire

7, Av Omar Ibn Khattab - Agdal

Rabat - Tél.: 05 37 77 29 51

N° 0001641

الدكتور المولوي بوهراقي

Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

Ex. Professeur Agrégé

Radiosotopes et Médecine Nucléaire

7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT

Tél: 05.37.77.29.51 - Fax: 05.37.77.82

الرباط في 27/05/2023

M..... Difi MIBARKA..... السيد

Examen	Tarif
FTB	270,00
FTM	270,00
TOTAL	540,00
cinq cent quarante	
drives	

الدكتور المولوي بوهراقي
Dr. ALAOUI BOUARRAQUI A.

Ex. Professeur Agrégé

Radiosotopes et Médecine Nucléaire

7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT

Tél: 05.37.77.29.51 - Fax: 05.37.77.82

Patente N°: 25703887

C.N.S.S.N° :2127307

IF: 33411210

ICE :001583167000063

Docteur A. Hafidi Ep. El Hamiani

Endocrinologies Et Maladies Métaboliques

Diplômée de la Faculté de Médecine
René - Descartes - Paris

Ancien Professeur à la Faculté de
Médecine de Rabat

الدكتورة عائشة هفيظي الحمياني

أمراض الغدد والأمراض الاستقلابية

خريجة كلية الطب روني - ديكارت
باريس

أستاذة سابقة بكلية الطب
الرباط

Rabat, le : 26/05/23

Dr. HAFIDI AÏCHA

F37 + F13

Pr. HAFIDI EL HAMIAH AÏCHA
Endocrinologie et Maladies
Métaboliques
29, Rue Oued Al Makhazine
Rabat - Tel.: 05 37 67 44 44

Dr. ALAOUI BOUARRQUI.A

Ex. Professeur Agrégé de la Faculté
de Médecine de Rabat
Radio - Isotopes et Médecine Nucléaire
Diplômé de la Faculté de Médecine
de Montpellier

الدكتور العلوي البوعرافي عبد الكريم

أستاذ محاضر بكلية الطب
بالرباط سابقا
التشخيص بالأشعة النووية

Rabat le 27.05.2023

DOSAGE RADIO - IMMUNOLOGIQUE

- Nom du Patient : *Mme DIFI M'BARKA*
- Médecin Traitant : *Pr. EL HAMIANI*

- FT3 (T3 libre)	4,3	pmoles / l	VN : (3 - 7)
- FT4 (T4 libre)	12	pmoles / l	VN (11 - 25)
- TSH (US)		micro UI / ml	VN (0,2- 4,5)

- Thyroglobuline ng/ml

• Valeur normale en présence de tissu thyroïdien: 3 à 28

- Ac anti Thyroglobuline UI/ml VN (Inf à 60)

- Ac anti T.P.O UI/ml VN (Inf à 70)

- Ac anti Récepteurs TSH U/L

- Inf à 1 Négatif
- Entre 1,1 et 1,5 Indéterminé
- Sup à 1,5 Positif

Dr ALAOUI BOUARRQUI.A
Ex. Professeur Agrégé
Radioisotopes et Médecine Nucléaire
7, Av. Omar Ibn Khattab Agdal - RABAT
Tél: 05.37.77.29.51 - Fax: 05.37.77.61.82