

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

0 Réclamation	: contact@mupras.com
0 Prise en charge	: pec@mupras.com
0 Adhésion et changement de statut	: adhesion@mupras.com

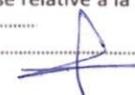
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-708716

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	132913	Société :	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BENABBI ANASS			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	Total des frais engagés : 990,00 Dhs		

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cachet du médecin :	Dr. BOUMEDIANE Latifa Médecin - Chef C/S Ibn Khaldoun Spécialiste en M de T Diplômée en IST - SIDA	
Date de consultation :	15/06/2023	
Nom et prénom du malade :	BENABBI Amara	
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint
Nature de la maladie :		
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 : 18/07/2023

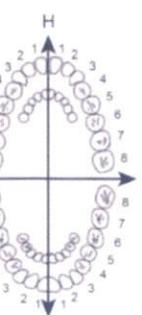
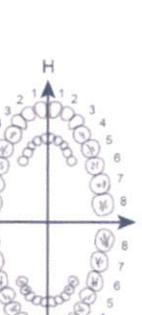


RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
15/06/2023	C		C	INP : 101128619 Dr. BULIMIANE Latifa Médecin - Chef C/S Ibn Khaldoun Spécialiste en M de T

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

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et Numérotation du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Mr. de Biobio et Agdal 11 Av. Ibn Sina, Agdal 0537 77 70 10-0637 77 89 50 Fax: 0537 77 89 50 E-mail: 102061461	15/1/2013	3.890	3.90,00

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRE																		
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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																		
		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>												
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	35533411	11433553	G			MONTANTS DES SOINS <input type="checkbox"/>	DEBUT D'EXECUTION <input type="checkbox"/>	FIN D'EXECUTION <input type="checkbox"/>	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="checkbox"/>
			H	25533412	21433552													
			D	00000000	00000000													
			B	35533411	11433553													
			G															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS 		VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION 																

Pe 15-06-2023

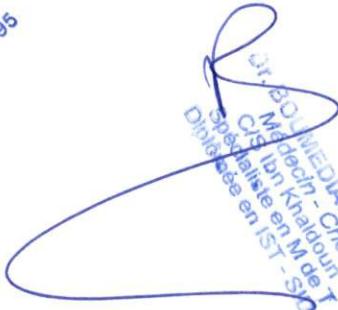
Mr BENABBI ANASS

S.V.P ① Serologie syphilis

② " HB

③ " HIV

Centre de Biologie Agdal
Angle Av. Ibn Sina Av. de France
Tel.: 0537 77 70 10-0637 77 92 95
Fax: 0537 77 89 50
INPE: 103061461


Dr. BOUAIIDANE Latifa
Médecin - Chef
Ion Khalidoun T
GISM
Spécialiste en IST - SIDA
Diplômée en IST - SIDA

Centre de Biologie Agdal

FACTURE N° : 230003265

Rabat le 05-07-2023

Mr Anass BENABBI

Demande N° 2306150006

Date de l'examen : 15-06-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
PSCN/CS	Prélèvement sanguin CNOPS/CNSS/FAR	E10	E
0283	VDRL qualitatif	B20	B
0285	TPHA qualitatif	B50	B
0317	Hépatite B / Ag HBS	B120	B
0318	Hépatite B / Ac anti Hbs	B250	B
0321	Hépatite B / Ac anti Hbc	B250	B
0329	HIV: HIV1+HIV (1+2) dépistage	B200	B

Total des B et HN : 890

TOTAL DOSSIER : 990.00DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : neuf cent quatre-vingt-dix dirhams .

Centre de Biologie Agdal
Angle Av. Ibn Sina et Av. de France
Agdal - Rabat
Tél.: 0537 77 70 10/92 95 - Fax : 0537 77 89 50
INPE : 103061461

56/37 angle Av. Ibn Sina et Av. de France. Agdal – Rabat
Tél : 05 37 77 70 10/92 95 – Fax : 05 37 77 89 50 – Email : contact@laboagdal.com

ICE: 001973939000006, Patente: 25730038, IF: 40439016, INPE: 103061461

Pr. Nadia BEN SEFFAJ
Médecin biologiste

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Édité le : 15-06-2023

Date du prélèvement : 15-06-2023

Heure du prélèvement : 07:46

Prescripteur :



مختبر التحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

Analyses Médicales - Biologie Spécialisée

Mr BENABBI Anass

Né(e) le : 31-08-1990

Dossier N° : 2306150006

Code patient : 2011300004

IMMUNOLOGIE – SEROLOGIE SANGUINE

SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES

VDRL Négatif
(Technique Hémagglutination rapide)

SEROLOGIE DES TREPONEMATOSES

TPHA Négatif
(Technique Hémagglutination passive)

SERODIAGNOSTIC DE L'HEPATITE B

Anticorps anti-H.B.s. Négatif
(Chimiluminescence DXI 600 – Beckman Coulter)

Indice <1 UI/L

15-10-2021

<1

Taux protecteur si supérieur à 10 UI/L

Anticorps anti-H.B.c. Totaux Négatif
(Chimiluminescence DXI 600 – Beckman Coulter)

Indice 0.1 S/CO

0.2

Interprétation :
Négatif < 0,9
Equivoque entre 0,9 et 1
Positif > 1

14-10-2021

Pr. Nadia BEN SEFFAJ
Médecin biologiste

Ceci est un mail, seul le résultat papier fait foi.

Dossier N° 2306150006 du 15-06-2023 - Mr BENABBI Anass

Antigène HBs Négatif

(Chamiluminescence DXI 600 - Beckman Coulter)

14-10-2021

Indice 0.22 S/CO

0.32

Interprétation :
Seuil de positivité >1

Conclusion:

Absence de contact avec le virus de l'hépatite B (VHB).
Patient non immunisé contre le VHB.

SERODIAGNOSTIC HIV 1 & 2

Dépistage Anti V.I.H. 1, 2 et Ag P24: Négatif

(Chamiluminescence DXI 600 - Beckman Coulter)

14-10-2021

Indice 0.17 S/CO

0.16

Interprétation :
Négatif < 0,90
Equivoque entre 0,90 et 1
Positif > 1

Validé par : Pr. Nadia BEN SEFFAJ

