

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 canaux, 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 canaux.

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.

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° W21-814211

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **RAM**

Matricule : **09358** Société : **RAM**

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : **RCHID DRISS**

Date de naissance : **05/03/73**

Adresse : **4, Imb A55, RESIDENCE ANNAM OULFA, CASA**

Tél. : **0663253595** Total des frais engagés : **140,00** Dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Najib HAMID
Médecine Générale
54. Boulevard My Hassan
Tél. 05 22 35 89 69 - Azemmour

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14-08-23**

Nom et prénom du malade : **RCHID Ahmed Iaha** Age : **50**

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : **Diarrhée**

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 : **CASA** Le : **14/08/23**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-814211

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : **C180+LABO 60**

Nom de l'adhérent(e) : **AT**

Total des frais engagés : **140.DH**

Date de dépôt :

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
14-08-23	c		82.00	INP Dr. Najib HAMD Médecine Générale 54, Boulevard My Hassan Tel: 05 25 35 89 59 - Azemmour

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
Laboratoire AZEMMOUR DR. Z. EL FILALI BIOLOGISTE C. Ben Mohamed V. AZEMMOUR Tel: 05 25 34 79 96	16/08/23	5.40 PC 20	60.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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	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"/>												
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur NAJIB HAMID

Médecine Générale

Diplômé du CHU Ibn Rochd Casablanca

Médecin interne de l'Hôpital Med. V

ECHOGRAPHIE

54, Bd. Moulay El Hassan

Azemmour

Tél. : 05 23 35 89 69

الدكتور نجيب حاميد

الطب العام

خريج المركز الإستشفائي ابن رشد بالدار البيضاء

طبيب داخلي سابقا بمستشفى محمد الخامس

الفحص بالصدى

شارع مولاي الحسن - أزموور 54،

(قرب الدرك الملكي)

الهاتف : 05 23 35 89 69

Azemmour, le : 14-08-23 : أزموور في :

Dr. Ahmed Taha

Dr. parasitologie des slls

LABORATOIRE AZEMMOUR
Dr. Z. EL FILALI
BIOLOGISTE
118 RDC, Bd. Mohamed V, AZEMMOUR
Tél. : 05 23 34 79 96

Dr. Najib HAMID
Médecine Générale
54, Boulevard My Hassan
Tél : 05 23 35 89 69 - Azemmour

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AZEMMOUR

118 RDC, Boulevard Mohamed V. Hay EL Amal. Azemmour

Téléphone: 05 23 34 79 96 -- Fax: 05 23 34 79 96

Patente: 42500346 -- RC: 37152 -- IF: 14477904

INPE: 113063028 -- ICE: 002083169000081

RIB : 225176003807228601010247

FACTURE N° 5402/23

AZEMMOUR le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

16/08/2023
MR RCHID AHMED TAHA
23H490
Docteur NAJIB HAMID

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
PARASITOLOGIE DES SELLES	40
Total du (B)	B 40
Prise de sang (PC)	20,00 DH
Montant en DH	60,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: SOIXANTE DIRHAMS

LABORATOIRE AZEMMOUR
Dr. Z. EL FILALI
BIOLOGISTE
118 RDC, Boulevard Mohamed V. AZEMMOUR
Tél: 05 23 34 79 96



مختبر التحاليل الطبية أزموور

Laboratoire d'Analyses Médicales AZEMMOUR

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie - Virologie
Biologie de la Reproduction

Dr. Zoubida EL FILALI

Spécialiste en Biologie Médicale

الدكتورة زبيدة الفيلالي
اختصاصية في التحاليل الطبية

Prélèvement du : 16/08/2023 à 15:00

Résultats édités le: 16/08/2023



MR RACHID AHMED TAHA

Dossier N° 23H490

Prescripteur: Docteur NAJIB HAMID

Page: 1/1

EXAMEN PARASITOLOGIQUE DES SELLES

CARACTERES GENERAUX

Consistance..... Selles pâteuses
Couleur..... Marron

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Glaire..... Absence
Mucus..... Absence
Sang..... Absence
Pus..... Absence
Parasites..... Absence
Larves..... Absence

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes..... Rares
Hématies..... Rares
Levures..... Rares
Kystes..... Présence de rares kystes de Entamoeba coli
et de Blastocystis hominis
Oeufs..... Absence
Parasites..... Absence

EXAMEN APRES CONCENTRATION DES SELLES " Technique MIF "

Résultat : Présence de kystes de Entamoeba coli
et de Blastocystis hominis

Total de pages: 1

Tél/Fax : 05 23 34 79 96

العينات من المنزل بالموعد
Prélèvement à domicile sur Rendez-vous

LABORATOIRE AZEMMOUR
DR. Z. EL FILALI
BIOLOGISTE
118 RDC, Bd. Mohamed V AZEMMOUR
Tél: 05 23 34 79 96 Urgences: 07 70 10 53 90

118 RDC, Boulevard Mohamed V Hay EL Amal - Azemmour - أزموور - شارع محمد الخامس حي الأمل - أزموور
Email : laboratoireazemmour@gmail.com

Patente : 42500346 - R.C : 37152 - I.F : 14477904 - ICE : 002083169000081