

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.

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 : 13461 Société : ROYAL AIR MAROC

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : Ballito Hamza

Date de naissance : 03/01/2000

Adresse : RUE IBN MAGA 8 MM 28 App T 2

L'Habitat OK Fes

Tél. : 06.54.64.7171 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 14/11/2023

Nom et prénom du malade : Ballito Hamza Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Douleur Thoracique

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) : Ballito Hamza

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie **M23-025197**

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 :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
14/11/23	2		300.DH	<i>Signature et cachet du Médecin</i>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIographies

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
INPE 147162500 INPE 143060416	11.11.23	B110	15000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

1250

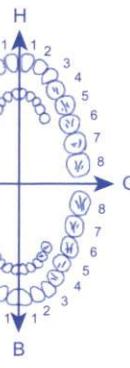
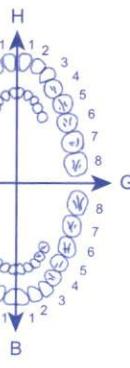
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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														
	<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;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	Coefficient des travaux
H	25533412	21433552													
D	00000000	00000000													
B	00000000	00000000													
G	35533411	11433553													
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>														
				Montants des soins											
				Date du devis											
				Date de l'exécution											



CARDIOLOGUE

اختصاصي في أمراض القلب والشرايين

طبيب ملحق سابقا بمصلحة القلب والشرايين

بالمراكز الإستشفائية الجامعي الحسن الثاني بفاس

Ancien Attaché du CHU Hassan II Fès

Service Cardiologie

Fès le: ٢٤ / ١١ / ٢٣

Bilan Biologique

Nom / prénom : Brahim El Hassane

Age :

Sexe : H F

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total |
| <input checked="" type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Lonogramme sanguin | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> GOT / GPT | <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> GT | <input type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Créatininémie | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> TSH - US |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input checked="" type="checkbox"/> AS LO |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | <input checked="" type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input type="checkbox"/> |



Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Biologiste

مركز التحاليلات الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Laboratoire des Analyses Médicales

مختبر حاصل على شهادة الجودة AFNOR ISO 9001 v 2015



N° 2021/03-307 . 1

FACTURE N°: 2311140117

FES : 14-11-2023

Mr BALLITO HAMZA

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
FRAIS	FRAIS	E0	E
	Vitesse de Sédimentation	B30	B
	ASLO (Ac anti-streptolysine)	B80	B

Total des B : 110

Montant total: 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirhams



CNSS: 7485453 - Patente: 13100685 - I.F: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1^{er} Etage, Appt 5, (VN) - Fès

Tél : 05 35 94 14 14 • Fax : 05 35 94 14 15 • Biologiste : 06 61 42 70 60

E-mail : centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences : 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68

Prélèvement à domicile 24/24



Centre
Biologie
Maroc
Dr. LAABOUDI EL HASSANE
Biologiste

مركز التحاليل الطبية المغرب
CENTRE BIOLOGIE MAROC
Laboratoire des Analyses Médicales

مختبر حاصل على شهادة الجودة AFNOR ISO 9001 v 2015



Docteur : IRAQI SAAD
Prélèvement du : 14-11-2023 à 10:19

Mr BALLITO HAMZA
Dossier N° 2311140117



Page 1

HEMATOLOGIE

Pentra 80XL, Sysmex XT2000i, DRG HYBRID XL

VITESSE DE SÉDIMENTATION

1 ^{ère} heure :	6 mm	(<10)	5
2 ^{ème} heure :	15 mm	(<20)	15

IMMUNO-SÉROLOGIE

Anti-Streptolysine O (ASLO)	574 U/ml	(0-200)	995
-----------------------------	----------	---------	-----

Dr LAABOUDI EL HASSANE

CNSS: 7485453 - Patente: 13100665 - IF: 18003439 - ICE: 001657016000072 - INPE: 143060416

Av. Lalla Asmae, Imm. Echcharki 1^{er} Etage, Appt 5 (VN) - Fès

Tél: 05 35 94 14 14, Fax: 05 35 94 14 15, Biologiste: 06 61 42 70 60

E-mail: centrebiologiemaroc@gmail.com

Urgences: 06 61 29 95 69 - 06 20 20 20 68

Prélèvement à domicile 24/24



Laboratoire Clinique - Hématologie - Hormonologie - Immunologie