

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Prothèse :

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

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° P19-0025560

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 227 Société : AZ-Z Bouchaib

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : M. 1767

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 27 / 08 / 19

Nom et prénom du malade : AZZ EZZOUHRA Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : Hypertension artérielle

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-025560

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 :

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
				DR AZZOUZI SOUAD Medecin Généraliste C/S Al Qods - Bernoussi

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
	10/10/2019	B150	182.50 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 canalaires, ainsi que le bilan

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				Coefficient DES TRAVAUX														
				MONTANTS DES SOINS														
				DEBUT D'EXECUTION														
				FIN D'EXECUTION														
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																	
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>			H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX
	H	H																
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B	B																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS														
				DATE DU DEVIS														
			DATE DE L'EXECUTION															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مختبر يافا للتحليلات الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Yafa

BIOCHIMIE-HEMATOLOGIE-MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE
Dr. Amal El Khafif Ramdani
Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne
د. أمال الخفيف رمضاني

Patente : 31643475 - I.F. : 53000550 - CNSS : 2064872 - ICE : 001540529000093

تاريخ إجراء
لتحاليل غير قابل
للتغير

FACTURE N° : 191000641

Casablanca le 10-10-2019

Mme AZIZ Ez Zouhra

Date de l'examen : 10-10-2019

INPE
093003440

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
PS	Prélèvement	E10	E
	Glycémie post prandiale	B30	B
0100	Acide urique	B30	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0135	Urée	B30	B

Total des B : 150

Total dossier: 182.50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :
cent quatre-vingt-deux dirhams cinquante centimes

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF
Dr. EL KHAFIF Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi, Casablanca
Tel: 05 22 75 86 77 Fax: 05 22 76 84 39

ORDONNANCE

Ayiz Zahro

Le 27/08/19

1/ glycémie à jeun

2/ glycémie post prandiale

3/ Poids sanguin

4/ Cholestérol

4/ urée. Créatinine

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF
Dr. EL KHAFIF Amel
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-64
C/S Al Ouds Sidi Bernoussi - Casablanca
05 22 75 86 77 Fax 05 22 76 22 39

DR AZZOUZI SOUAD
Médecin Généraliste
C/S Al Ouds - Bernoussi



مختبر يافا للتحاليل الطبية

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES YAF

BIOCHIMIE-HEMATOLOGIE-MICROBIOLOGIE-IMMUNOLOGIE-HORMONOLOGIE

Dr. Amal El Khafif Ramdani

Pharmacienne Biologiste
Diplômée de l'Université de Granada-Espagne

د. أمال الخفيف رمضان

Prélèvement du : 10-10-2019
Edition : 10-10-2019

Mme AZIZ Ez Zouhra

Code Patient 1910100040 Référence : 1910100040

Prescripteur : HOPITAL .

Page : 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Glycémie à jeun (Hexokinase G6PD-H Cobas C311)	0.96 g/L 5.33 mmol/L	(0.65-1.10) (3.61-6.11)
Glycémie post-prandiale (Hexokinase G6PD-H Cobas C311)	1.25 g/l 6.94 mmol/l	(<1.40) (<7.77)
Urée (Enzymatique Cobas C311)	0.46 g/l 7.66 mmol/l	(0.20-0.50) (3.33-8.33)
Créatinine (Cinétique Cobas C311)	7.2 mg/L 63.7 µmol/L	(5.0-11.0) (44.3-97.4)
Acide Urique (Cinétique Cobas C311)	55.00 mg/l 327.25 µmol/L	(24.00-57.00) (142.80-339.15)

Laboratoire d'Analyses Médicales YAF
Dr. EL KHAFFIF Amal
Bd Mbarek Ben Boubker Hammadi N° 52-54
Hay Al Qods Sidi Bernoussi Casablanca
Tél: 05 22 75 86 77 Fax: 05 22 76 84 39

Validé par : Dr Amal EL KHAFFIF

Horaire continu : du Lundi au Vendredi : 7h30—17h00 / Samedi : 7h30—13h Prélèvement à domicile sur rendez-vous

Bd. Mbarek Ben Boubker Hammadi N°52-54 Moubaraka Hay Al Qods SIDI EL BERNOUSSI
Casablanca - Tél.: 05.22.75.86.77 / Fax : 05.22.76.84.39 - E-mail: laboyafa@hotmail.com