

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.

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.

Educational :

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

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



par poste

Déclaration de Maladie : N° P19-0020044

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 318 Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
Date de consultation : 12/10/2019
Nom et prénom du malade : Abou Elhadj Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : diabète
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 29 OCT. 2019
Signature de l'adhérent(e) : ACCUEIL

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-0020044
Remplissez ce volet, découpez le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.
Matricule : 318
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :
Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
12/10/19			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL MOJNA Hay El Kora M.L. Rabat Tél: 05 37 906 73	12/10/19	40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Dr. ALDJOUN-BENNA Médecin Biologiste Laboratoire AL Manal	14/10/19		154,80

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 :

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

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></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></td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	<p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		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

ORDONNANCE

Dr Le: 12/10/84

Betoul Etabli

①
1990 x 2
39,80

- ADD 100 - 10284

An 22/1
marbo Cnt
7107

② -
32,00

Tenne Symp

Imadine 11/11
10284 x 2/1

30/10
PHARMACIE EL-MOUNA
Mme. SMILI Wadia
9, Hay El Kora C.M. - Rabat
Tél: 05 37 29 86 73

PHARMACIE EL-MOUNA
Mme. SMILI Wadia
9, Hay El Kora C.M. - Rabat
Tél: 05 37 29 86 73

Ministère de la Santé
Délegation Médicale - Rabat
Dr. BOUJANA Nabil
Médecin Chef

125840A

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat - R.P. 1.
Ain sebaâ Casablanca
MAALOX 460 mg sachets

Bte de 20
P.P.V. 32,00 DH



3 582910 02



118001 082148

226
12/2018
11/2021

Lot/Batch:
Fab./mfg.:
EXP:

LOT : 9MA64
PER : 03/2024

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH60



6 118000 010845

de
aroc

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés pelliculés

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés



6 118000 09

ADO® 1g,
Boîte de 30 comprimés



6 118000 09

19,90

19,90

30,10



ORDONNANCE

Le: 14/01/2019

R

Seoul et

mi

Gj

Hbanc

Dr. A. ALDJOUN-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal

Ministère de la Santé
Délégation Médicale - Rabat
Dr. BOUJOUA Nabil
Médecin Chef

Dossier N° : 195951D

Ouvert le : 14/10/19

Prélèvement effectué à 10:04

Edition du : 14/10/19

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun : 1,65 * g/l
Soit : 9,2 mmol/l

Normales

Antériorités

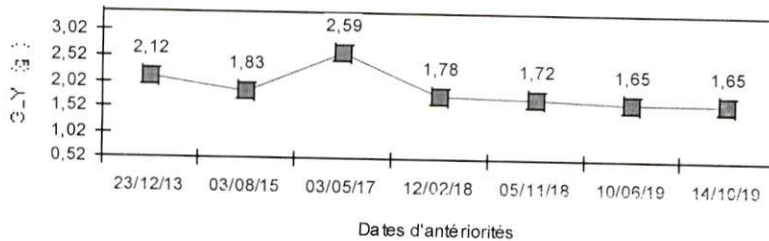
10/06/2019

0,74 - 1,1

1,65

4,1 - 6,1

9,2



Hémoglobine glycosylée : 7,80 * %

4,8 - 6

6,80

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALDJOUN - BEN
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

FACTURE
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 001775478000076

INPE: 107163214

IF:14372610

Rabat le : lundi 14 octobre 2019 Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	118632
------------	--------

Analyses :

Glycémie (à jeûn)* -----	B	30	Total : B 130
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	

Prélèvements :

Prelevement-----	Pc	1,5
------------------	----	-----

TOTAL DOSSIER	154,50 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Quatre Dirhams et Cinquante Centimes


Dr. A. ALDJOUN-BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal