

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

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.

ntaire :

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.

ladie 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 : 378 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Ministère de la Santé
Délégation Médicale - Rabat
Dr BOUJIDA Nabij
Médecin Chir

Date de consultation : 12 NOV 2010

Nom et prénom du malade : Zaboul Echidji Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie : Diabète

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : MUPRAS

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.

29 OCT. 2010

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) : ACCUEIL

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-0020044

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

MUPRAS
29 OCT. 2010
Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

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
15/10/2014			G	Ministère de la Santé Sécurisation Médicale Dr. BOUJEDD Nabil Médecin Chef

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ALDOUIN-BENNAHIM Médecin Biologiste Laboratoire AL Manal</i>	14/10/19		154,10

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

* 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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000

The diagram shows a 16x16 grid of nodes, each containing a number from 1 to 8. The nodes are arranged in a specific pattern: the top row has nodes 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; the second row has nodes 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1; and the third row has nodes 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 1, 2. The grid is bounded by a black border. Four arrows point outwards from the center: a vertical arrow pointing up labeled 'H' at the top, a vertical arrow pointing down labeled 'B' at the bottom, a horizontal arrow pointing left labeled 'D' on the left, and a horizontal arrow pointing right labeled 'G' on the right.

[Création, remont, adjonction]
ctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ORDONNANCE

DR

Le : 17/10/2010

Béchir El Harchi

①

19,80 x 2

39,80

- ADD 100 -

0284

An x 2 1

meds. Cet

717

PHARMACIE EL MOUNA
Mme. SMILI Kora C.Y.M. - Rabat
9, Hay El Kora C.Y.M. Tel: 05 37 28 06 73

② -

32,00

Tenne

Supp

11 11 11

③ -

PHARMACIE EL MOUNA
Mme. SMILI Kora C.Y.M. - Rabat
9, Hay El Kora C.Y.M. Tel: 05 37 28 06 73

Imidium

11 11 11

Ministère de la Santé et de la
Délégation Médicale à Rabat
Dr. BOUJJA Nahla
Médecin Général

11 11 11

125840A
3 582910 029 029
Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat-R.P.1.
Ain sebâa Casablanca
MAALOX 460-mg sachets
Bte de 20
P.P.V 32,00 DH
118001 082148

2 2 6
Lot/Batch:
Fab./mfg.: 12 / 2018
Exp.: 11 / 2021



19/02/20 18:34
19/02/20 18:34
IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél
P.P.V : 30DH50
6 118000 010845

30,10



ORDONNANCE

Dr. Le : 14/01/2019



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

~~Ministère de la Santé~~
~~Délégation Médicale - Rabat~~
~~Dr. BOUJDA Nabli~~
~~Médecin Chef~~

Reboul Elhakim
m1
GJ
Hb4nc

Dossier N° : 195951D

Ouvert le : 14/10/19

Prélèvement effectué à 10:04

Edition du : 14/10/19

Prescripteur :

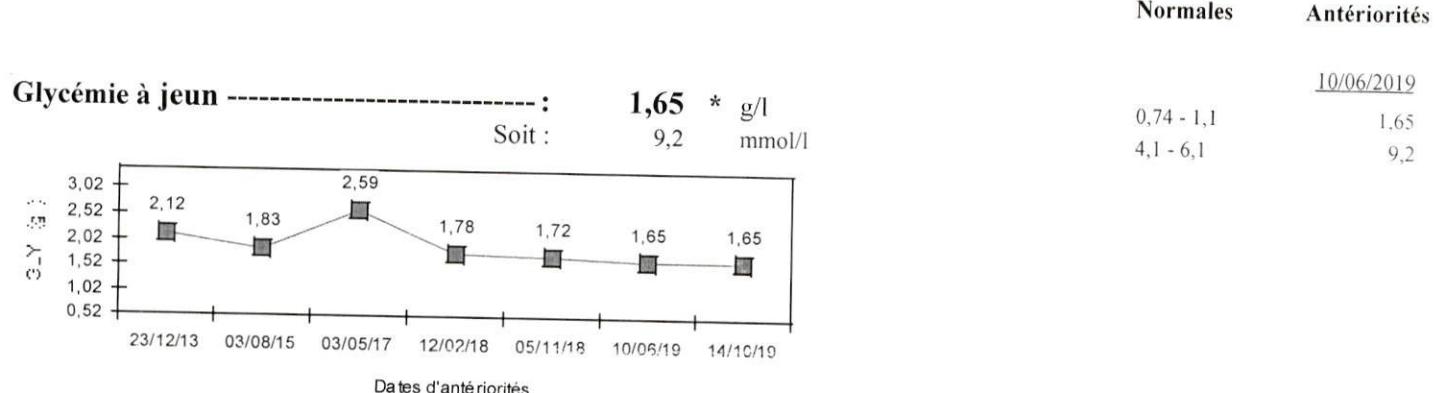
Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir
BIOCHIMIE



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-BENNA
Médecin Biolog
Laboratoire AL



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: 00177547800076

INPE: 107163214

IF:14372610

Rabat le : lundi 14 octobre 2019 Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

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

Analyses :

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

Prélèvements :

Prélèvement-----	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