

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 medecin 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 la présentation des séances effectuées doivent être faites au moyen

Definitions

- 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

- Réclamation : 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 Aljal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Aljal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Nº W19-442233

33
2596A

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2321	Société :	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHOUINI MOHAMED			
Date de naissance : 1952			
Adresse : Hay BOUGHARZ RUE 8 N°6 TANGER			
Tél. 0674380187	Total des frais engagés : 31170		Dhs

Cadre réservé au Médecin		
Cachet du médecin :		
Date de consultation :	/	
Nom et prénom du malade :		
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	
Nature de la maladie :		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous p[er]confidential 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

Nº W19-442233

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 : 2561
Nom de l'adhérent(e) : CHOUVIN
Total des frais engagés : 31120
Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

REFLEVE 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
16/02/2020	consultation		Gratuit	INP : 861233730

EXECUTION DES ORDONNANCES

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie F. D. S. Rue de l'Évidence n° 50 Bay Atlantic Bank - Janvier Tél : 0223 95 98 94 SDAIBI	24/02/20	161,70

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Designation des Coefficients	Montant des Honoraires
RAYON DE TANG ANALYSE RADIOGRAPHIQUE DOCTEUR SAAD YOUSSEF Moulay Youssef Tel: 05394116	19.2.20	B705	150.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						Montant détaillé des Honoraires	
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre					
		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 canalaire, 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																	
	<table border="0"> <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>00300000</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	00300000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00300000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Brahim AITBIHI

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin aux Hôpitaux de Caen (France)

Ancien Médecin à l'hôpital militaire de Rabat



الدكتور إبراهيم أيت بيبي

طبيب أخصائي في أمراض

الجهاز الهضمي والكبد

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Tanger, le 24/02/2020

Kribech Fatima

Alpraz 0.5 mg : 1/2 cp soir (1 boite)

Aliviar 50 mg : 1 cp matin (1 boite)

Oedes 20 mg : 1 cp matin (Boite de 28)

35,70

27,00

99,00

161,70

Dr. AIT BIHI
Rue de l'Indépendance
N°38
Hay Atlantique - Bank - Tanger
Tél : 0539 95 93 94

Dr. AIT BIHI
Brahim
Gastro-Entérologue
112 Av. Mohammed V Rés. Redouane
4ème Etage N°38 - Tanger
Tel: 05 31 06 10 72

N° 38 - 4ème étage - Résidence Redouane , 112 Av. Mohamed 5 (en face de Technopark, place des nations) - TANGER

رقم 38 الطابق 4 إقامة رضوان - 112 شارع محمد الخامس (أمام مبني تكنوبارك بساحة الأمم) طنجة

Fixe : 05.31.06.10.72 - GSM : 06.82.35.34.71 - Email : draitbihi@gmail.com

Dr. Brahim AITBIHI

HEPATO-GASTROENTEROLOGUE

Diplômé de la Faculté de Médecine de Rabat

Ancien Médecin aux Hôpitaux de Caen (France)

Ancien Médecin à l'hôpital militaire de Rabat



الدكتور ابراهيم أيت بيهي

طبيب أخصائي في أمراض

الجهاز الهضمي والكبد

خريج كلية الطب بالرباط

طبيب سابق بمستشفيات كان بفرنسا

طبيب سابق بالمستشفى العسكري بالرباط

Tanger, le 14.10.2020

KRIBECH

Dr. AIT BIHI Brahim
Gastro-Entérologue

112 Av Mohammed V Res, Redouane
4ème Etage N°38 - Tanger
Tél: 05 31 06 10 72

ECB ✓

Dr. AIT BIHI Brahim
Gastro-Entérologue
112 Av Mohammed V Res, Redouane
4ème Etage N°38 - Tanger
Tél: 05 31 06 10 72

AFATOIF DERDABI
ANALYSES CLINICALES
BIOLOGIE DE REPRODUCTION
Docteur Sara DERDABI
Av. Moulay Youssef R.D.C - Tanger
Tel : 0538 34 38 14 / 16

N° 38 - 4ème étage - Résidence Redouane , 112 Av. Mohamed 5 (en face de Technopark, place des nations) - TANGER

رقم 38 الطابق 4 إقامة رضوان - 112 شارع محمد الخامس (أمام مبني تكنوبارك بساحة الأمم) طنجة

Fixe : 05.31.06.10.72 - GSM : 06.82.35.34.71 - Email : draitbihi@gmail.com

LABORATOIRE DERDABI

ANALYSES MÉDICALES

BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION

Dr. Sara DERDABI

Médecin Biologiste



مختبر الدردابي

التحليلات الطبية

الإنجاب البيولوجي

د. سارة الدردابي

طبيبة إحيائية

Diplômée de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Rabat.

Diplôme en Formation Médicale Spécialisée de l'ULB - Bruxelles.

Diplôme en Procréation Médicale Assistée - Paris VI - France.

خريجة كلية الطب والصيدلة بجامعة محمد الخامس بالرباط

دبلوم في التكوين المتخصص من جامعة بروكسل الحرية

دبلوم في الإنجاب البيولوجي من كلية الطب بباريس 6 بفرنسا

ICE : 002034207000042

IF : 40461504

FACTURE N° : 200200741

TANGER le 19-02-2020

Mme KRIBECH Fatma

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9106	Forfait traitement autre échantillon	E0	E
POT	Prélèvement Urine-SPG-Copro	E10	E
	ECBU simple, infection urinaire standard, tout venant	B55	B
	Antibiogramme de l'ECBU	B50	B

Total des B : 105

TOTAL DOSSIER : 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirham .

LABORATOIRE DERDABI
ANALYSES MÉDICALES
BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION
Docteur Sara DERDABI
Av. Moulay Youssef R.D.C - Tanger
Tél : 0539 34 38 14 / 16

LABORATOIRE DERDABI TANGER

Client bioMérieux :

Rapport du laboratoire

Imprimé 21 fevr. 2020 08:37 WET

Nom du patient : KRIBECH, FATMA

ID du patient : 200201775

Lieu :

Médecin :

ID labo : 200201775

Numéro d'isolat : 1

Numération :

Germe sélectionné : Escherichia coli

Source :

Prélevé :

Commentaires :					

Résultats Antibiogramme	Heure de l'analyse : 8,47 heures			État : Final	
Antibiotique	CMI	Interprétation	Antibiotique	CMI	Interprétation
Ampicilline	>= 32	R	Ertapénème	<= 0,12	S
Amoxicilline/acide clavulanique	>= 32	R	Imipénème	<= 0,25	S
Ticarcilline	>= 128	R	Amikacine	<= 2	S
Pipéracilline/tazobactam	<= 4	S	Gentamicine	>= 16	R
Céfalexine	8	S	Ciprofloxacine	>= 4	R
+Céfuroxime		S	+Lévofloxacine		R
+Céfotétan		S	+Moxifloxacine		R
Céfoxitine	<= 4	S	+Norfloxacine		R
+Céfixime		S	+Ofloxacine		R
Céfotaxime	<= 0,25	S	Tigecycline	<= 0,5	S
Ceftazidime	0,25	S	Fosfomycine	<= 16	S
+Céfèpime		S	Triméthoprime/sulfaméthoxazole	>= 320	R

+= Médicament déduit * = Modification AES ** = Modification Utilisateur

Résultats AES	
Fiabilité :	Concordant

LABORATOIRE DERDABI
 ANALYSES MEDICALES
 BIOLOGIE DES MEDICAMENTS
 Docteur SARA DERDABI
 AV. Moulay Youssef R.D.C - Tanger
 Tel : 0539 34 38 14 / 16

مبلغ
20

عن طريق
الفم



أوهيرازول

اوهدس

حببات صامدة للعصارة المعدية في بريشامات

28 X

مساء
زوال
صباح
مدة

OEDES 20mg

28 gélules



6 118001 100088

LOT 190816

EXP 01/2022

PPV 99.00DH

COOPER
PHARMA

ALIVIAR®

sulpiride

50 mg

Boîte de 20 gélules

Voie Orale

IBERMA



ADSP N° : 206 DMP/21/NNP

ALIVIAR® 50 mg
20 Gélules



6 118000 230250

EXP : 11/2024
P.V.P : 27.00 H

27,00