

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER 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.

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.

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 13186

Société : ADD-31611

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : El ouaiti DIAW

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté : Lui-même Conjoint 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 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie Nº P19-049500

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

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 Cœfficients	Montant des Honoraires

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 canalaire, ainsi que le bilan de

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	H
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553

The diagram illustrates a dental arch with numbered teeth (1 through 8) arranged in a curve. A coordinate system is overlaid on the arch, with the vertical axis labeled 'H' at the top and the horizontal axis labeled 'D' on the left. The teeth are numbered as follows: upper arch (left to right): 2, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8; lower arch (left to right): 8, 7, 6, 5, 4, 3, 2, 1, 2. The numbers represent the degree of rotation or position of each tooth relative to the arch's center.

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-451588

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule :	13.186	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : El Dua hikmani Mohamed Amine			
Date de naissance :	05/11/92	Adresse :	2227 Avenue Mohamed V, Témara
Tél. :	06 76 11 35 92	Total des frais engagés :	698,20 Dhs

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation :	10/03/20
Nom et prénom du malade :	Yahya
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Membre de la famille <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 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 : Rabat

Le : 10/03/2020

Signature de 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
total/20	C		250.00	DR MOHAMMED MALIH INPE. 031-126543 Tunisie, Hammam Sousse, Centre / Tel: 033-3126543 08/01/94

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
H.C.P. CIE RYAD EL WFAQ Liaison Lot 1374 N°4 Tunis - Tel: 06 37 61 1368		

ANALYSES - RADIGRAPHIES

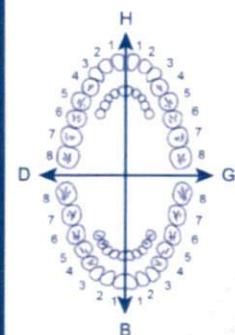
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire International de Radiologie Dr. Monaphmed Ben Hmida Tel: 0537-404-404/405	21/01/20	B.A.F.D.	100.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

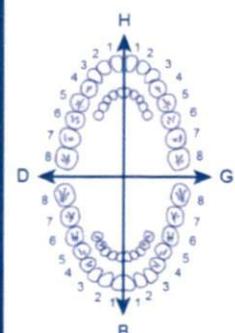
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

VOLET ADHERENT

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



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES



VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr Mohammed MALIH

Professeur de Pédiatrie

Ancien Médecin Lt-Colonel
de l'hôpital militaire
Mohammed V - Rabat

Néonatalogie
Réanimation néonatale
Pédiatrie générale



الدكتور محمد مليح

أستاذ في طب الأطفال

طبيب عسكري سابق

حديثي الولادة - الإنعاش الوليد

طب الأطفال العام

9,70

El o... s... y... e

y... e

①

Dolipore 160

770

1770/64 h(0) 28

19,00

① Nurodol

Nurodol
enfants & nourrissons

Flacon 200ml

6118000180715

- 19,00

5 - 8 x 4 / 1

②

Oftker 5g - 1K

30,00

21. 5 - 8 x 21 8

④

Possopen 5g

58,70

ية شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس، إقامة التخليل، الشقة A2. تمارة

PPV
30DH00

Dr Mohammed MALIH
PEDIATRE

Ang Av. Hassan II et Medr VI, Rés. Annakhil
Appt. 2A, Tél: 0537.58.10.10
0661.49.43.00/INPE: 031128945

PHARMACIE KWAD EL WIFFAQ
AV. El Khenissa lot 1374 N°4,
Rabat Lémara Tél: 05 37 58 23 66
61180001300052

Angle avenues Hassan II et Mohammed VI, résidence Annakhil, appt. 2A. Tel : 0537.58.10.10 — الهاتف : 0661.49.43.00 — النقال : 031128945 — E-mail : malihmohamed@gmail.com

Dr Mohammed MALIH

Professeur de Pédiatrie

Ancien Médecin Lt-Colonel
de l'hôpital militaire
Mohammed V - Rabat

Néonatalogie
Réanimation néonatale
Pédiatrie générale



دكتور محمد ملیح

أستاذ في طب الأطفال

طبيب عسكري سابق

ديثي الولادة - الإنعاش الوليدي

طب الأطفال العام

*Dr Mohammed
MALIH
PEDIATRE
Appt. 2A, Témara Centre / Tel: 0537 58 10 10
06 61 49 43 00 / INPE: 03 11 28 945*

*Gh
Dr. Mohammed
Malih Ln. Yelye*

*Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed VI num 13 Temara-Harhoura
Tel: 0537 40 404 405*

*Dr Mohammed
MALIH
PEDIATRE
Appt. 2A, Hassan II et Med VI, Rés. Annakhil
Tél: 0537 58 10 10
06 61 49 43 00 / INPE: 03 11 28 945*

زاوية شارع الحسن الثاني و شارع محمد السادس، إقامة التخييل، الشقة A2. مeara

Angle avenues Hassan II et Mohammed VI, résidence Annakhil, appt. 2A. TÉMARA CENTRE
Tél : 0537.58.10.10 — النقال : 0661.49.43.00 - الهاتف : E-mail : malihmohamed@gmail.com بـ.

Dr.H.Mekouar

Diplôme de l'Université Catholique de Louvain (UCL-Belgique)
Ancien directeur opérationnel de groupements de laboratoires belges
Consultant scientifique des LABORATOIRES RÉUNIS (Luxembourg, Allemagne, Belgique)

Horaires: Lun-Ve: 7h30 - 18h30

Sam: 7h30 - 13h00

Prises de sang à domicile:
0537.404.404 / 405



Code Patient 19120868
Prélèvement du : 21-01-2020
Edition : 23-01-2020

BBM EL OUAHDANI Yahya
Date de naissance : 19-08-2019
Référence : 20010886
Médecin Dr. MORJANE Fadila

الدكتور - ح. مكوار
 خريج كلية لوفان (بلجيكا)
 مدير سابق لامتحانات بـ:
 خبير علمي لـ: مجموعة المختبر
 الاثنين - الجمعة: 7:30 صباحاً
 السبت: 7:30 - 13:00
 خدمة الزبارة للنزارنة:
 0537 404 404 / 405

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil : **Boche stérile**

Examen macroscopique

Aspect : Limpide
Couleur : jaune

Tigette Urinaire:

pH:	6.0	(5.0-7.0)
Glucose:	Négative	
Proteines:	Négative	
Hématies:	Négative	
Leucocytes	Négative	
Nitrites	Négative	

Examen microscopique

Examen microscopique		
Leucocytes :	6 / μ L	(<10)
Hématies :	1 / μ L	(<5)
Cylindres :	Absence	
Cristaux :	Absence	
Cellules épithéliales :	Quelques(10/ μ l)	
Levures :	Absence	

Examen bactériologique

Cultures : (OXOID Brillance UTI)	POSITIVES
Numération 1 :	10^6 UFC/ml
Germe 1 :	Enterococcus faecalis

Page : 1/2

FACTURE N° : 200000165

TEMARA-HARHOURA le 21-01-2020

BBM Yahya EL OUAHDANI

Date de l'examen : 21-01-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
0241	Cytologie, culture, identification	B90	B
0242	Antibiogramme	B60	B
	Forfait prise de sang	E25	E

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 190.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-dix dirhams

Laboratoire international d'analyses médicales
Av. Mohammed 6 num 15 Temara-Harhoura
Tel: 0537 404 404/405

INPE Biologiste : 107163552
INPE Laboratoire: 103061248
ICE : 001746065000088

Num IF : 18769369
Num CNSS : 4703569
Patente : 26963839