

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2135 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Ned PE GUIEGU

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : JAMINA LAMRACHE 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'médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration.
J'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 N° P19-067316

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 :

Déclaration de Maladie

N° P19- 067316

ND: 31718

Optique

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture.

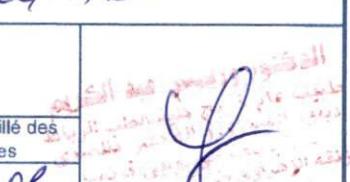
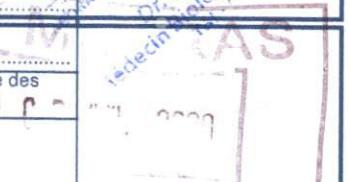
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.



W18-141258

DATE DE DEPOT

221-0612020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 2135	 																				
Nom & Prénom M. MOHAMMED / RGUIEGU		Fonction : R. e. traile. Phones. 053650 1309.																					
Mail HAY ELON DIALOGS B. M. ABOUHASSI. 05 82 009.																							
MEDECIN	Prénom du patient YAMINA LAMRABTI																						
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input checked="" type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>	Age 1956	Date 21 AVR 2020	Date 1ère visite																				
Nature de la maladie Diabète type 2 sucre 400.																							
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances																							
<table border="1"> <tr> <td>Nature des actes</td> <td>Nbre de Coefficient</td> <td>Montant détaillé des honoraires</td> </tr> <tr> <td>C1</td> <td>1</td> <td>150 DH</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Pharmacie AL HIDAYA</td> <td>150 DH</td> </tr> </table>		Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	C1	1	150 DH	Pharmacie AL HIDAYA		150 DH													
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires																					
C1	1	150 DH																					
Pharmacie AL HIDAYA		150 DH																					
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">PHARMACIE</td> <td>Date 21/10/2020</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Montant de la facture</td> <td>276,75 DH</td> </tr> </table>		PHARMACIE		Date 21/10/2020	Montant de la facture		276,75 DH	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Pharmacie AL HIDAYA</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mme KALMA BENI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Docteur en Pharmacie</td> </tr> <tr> <td colspan="2">1, Rue Sanebi - Hay Aïcha</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Tél. : 05 36 50 60 55 - 05 36 50 60 55</td> </tr> <tr> <td colspan="2">INPE : 082005455</td> </tr> </table>		Pharmacie AL HIDAYA		Mme KALMA BENI		Docteur en Pharmacie		1, Rue Sanebi - Hay Aïcha		Tél. : 05 36 50 60 55 - 05 36 50 60 55		INPE : 082005455			
PHARMACIE		Date 21/10/2020																					
Montant de la facture		276,75 DH																					
Pharmacie AL HIDAYA																							
Mme KALMA BENI																							
Docteur en Pharmacie																							
1, Rue Sanebi - Hay Aïcha																							
Tél. : 05 36 50 60 55 - 05 36 50 60 55																							
INPE : 082005455																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">ANALYSES - RADIOPHARIES</td> <td>Date 21/10/2020</td> </tr> <tr> <td>Désignation des Coefficients</td> <td colspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td colspan="2">110,00 DH</td> </tr> <tr> <td>083061283</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>		ANALYSES - RADIOPHARIES		Date 21/10/2020	Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		B	110,00 DH		083061283												
ANALYSES - RADIOPHARIES		Date 21/10/2020																					
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires																						
B	110,00 DH																						
083061283																							
<table border="1"> <tr> <td colspan="4">AUXILIAIRES MEDICAUX</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Date :</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre</td> <td colspan="2">Montant détaillé des Honoraires</td> </tr> <tr> <td>AM</td> <td>PC</td> <td>IM</td> <td>IV</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		AUXILIAIRES MEDICAUX				Date :				Nombre		Montant détaillé des Honoraires		AM	PC	IM	IV						
AUXILIAIRES MEDICAUX																							
Date :																							
Nombre		Montant détaillé des Honoraires																					
AM	PC	IM	IV																				



وَجْدَةُ فِي : 21 AVR 2020 : Oujda le :

Mme CAMRABTI Yominca

$$78.70 \times 2 = \underline{15740}$$

1) Diamond Company
14plj

$$2080 \times 2 = \frac{4160}{9}$$

4160
2) Glucophage 500
1cp/j

7775

236.75

3) Trivim afg
1 (opl.) NS

TRT de o 3mo(s)

الدكتور زياد بشير عبد الكري姆
 طبيب عام شريح خلدة انطب الرياط
 دبلوم السكري والمحضن بالمنصدى
 من جامعة مونتولى فرنسا
 2- شقة الزهراوى على سيدى بحى وجدة
 الهاتف: ٥٣٦٦ ٥٠ ٣٧ ٠٩

الهاتف : 05 36 50 37 09 | الما

العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة
2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA

78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

20,00

GLUCOPHAGE® 500

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

er de préférence

77,75 DH

Lot: 23102018F

Per: 10-2021

149 Kcal/643 kJ.



5 420024 611207

78,70

SERVIER MAROC

DIAMICRON® 60 mg

60 comprimés



6 118001 130153

20,80

GLUCOPHAGE® 500

50 COMPRIMÉS PELLICULÉS



6 118000 080626

Dr. OURYEMCHI Abdelkrim

Medecine Générale

Echographie

Lauréat CHU de Rabat
diplômé en Diabétologie
et Echographie de
l'Université montpellier en france



الدكتور وريمشي عبد الكريمه

طب العام

الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بالرباط
حاصل على دبلوم السكري
والفحص بالصدى
من جامعة مونبلييه فرنسا

Oujda le : 21 AVR 2020 وحدة في :

Mme CAMRABT, Yamina

H B A Z C

الدكتور وريمشي عبد الكريمه
طبيب عام خريج كلية الطب الرباط
دبلوم السكري و الفحص بالصدى
محله العيادة المعاصرة الموصدة
العنوان: 2 زنقة الزهراوي طريق سيدى يحيى وجدة
الهاتف: 05 36 50 37 09

Tél : 05 36 50 37 09

2, Rue Mohammed Zaghraoui, Route Sidi Yahya (face café El Manar) Hay El Andalous OUJDA
العنوان : 2، زنقة محمد زغراوي، طريق سيدى يحيى (قبالة مقهى المنار) حي الأندلس، وجدة



Dr S. BOUCHENTOUF

LABORATOIRE BOUCHENTOUF D'ANALYSES

Dr S. BOUCHENTOUF

28 Avenue de l'armée de libération Immeuble Bana 1er Etage- Oujda

Email:labobouchentouf@gmail.com - Tél/Fax :05 36 68 41 68

21/04/2020

Facture N° 258

Nom et Prénom : LAMRABTI YAMINA 64 ans-

F

Date prélèvement : 21/04/2020 09:28:00

Analyse	Montant HT	TVA	Montant TTC
HBA1C	100.00	10.00	110.00

TOTAL GENERAL:

Total HT: 100.00

Total TVA: 10.00

Montant TTC: 110.00

La présente facture est arrêtée à la somme de cent dix dirhams

اللهم آمين
L'ANNAHDA
LABORATOIRE BOUCHENTOUF D'ANALYSES MEDICALES
Dr. Said BOUCHENTOUF
Dr. Said BOUCHENTOUF
rédecin Biologiste et Biochimiste