

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.

Diologie 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.

Prothèse 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



Déclaration de Maladie

N° P19- 0044187

ND: 32388

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1146 Société : Ram
☒ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre
Nom & Prénom : Ouhmi Moha
Date de naissance : 01 01 1948
Adresse : 46 Rue Sallam 18000 El Houda A Berchid
Tél. : 06 11 89 97 51 Total des frais engagés : 952,31 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17/06/2020
Nom et prénom du malade : Ouhmi Moha Age :
Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Varices des MI ; lombalgies + Dermato
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 : 25/06/2020

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-044187

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 : 1146
Nom de l'adhérent(e) : MOH A
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
17/06	1 C	21	150 DH	
20/06	Cachet	-	Gahol	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur

Date

Montant de la Facture

12/06/2020

391.17

19/06/2020

93.80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue

Date

Désignation des Coefficients

Montant des Honoraires

18/06/20

4229

316.86

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien

Date des Soins

Nombre

AM

PC

IM

IV

Montant détaillé des Honoraires

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 :

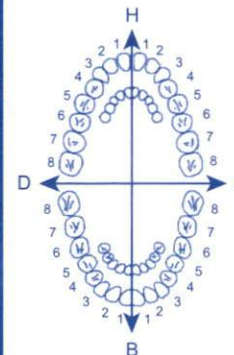
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de

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

H		G	
25533412	21433552	00000000	00000000
00000000	00000000	00000000	00000000
35533411	11433553		

(Création, remont, adjonction)

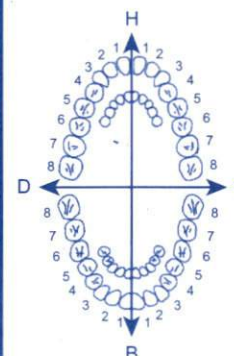
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

COEFFICIENT DES TRAVAUX

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

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 17/06/2020 برشيد

OUMI M. B.

201.00

① Daflon

1 cph le m

4260

② Mobic 750

1 cph à midi, 1 cph à soir

69.95

③ Myorel crème

1 app x

58.00

④ Onifine 1% crème

1 app le soir

20.00

⑤ cleniderm crème

1 app à 1h.

13, Bd de Marrakech, Hay Kadiri
Berrechid - Tél : 05 22 33 65 99

13, شارع الكاديري، حي القادري
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréat de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدركتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le : 19/06/2020

OUHMI M

31.30 x 3

Zyloric

1 cp

traitement

T = 93,90

PHARMACIE BERRECHID
Hélène MARRAKCHI PHARMACIENNE
93 Bd Mohammed V Berrechid
Tél : 05 22 32 40 68

Dr. Soumia
Médecine
Echographie
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél.: 0522 33 65 99

LOT: 192538
EXP: 11/2023
PPV: 31.30



31,30

LOT: 200291
EXP: 02/2024
PPV: 31.30



31,30

LOT: 200291
EXP: 02/2024
PPV: 31.30



31,30

13, Bd de Marrakech, Hay Kadiri
Berrechid - Tél. : 05 22 33 65 99

13، شارع مراكش، حي القادري
برشيد - الهاتف : 05 22 33 65 99

Dr. Soumia Ghamraoui

Lauréate de la Faculté
de Médecine de Casablanca

Médecine Générale
Echographie Générale

الدكتورة سمية الغمراوي

خريجة كلية الطب
بالدار البيضاء
الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 17/06/2020 برشيد

Ouhmi MOKA

1) Cholesterol: Total, LDL

2) Triglycérides

3) Acide urique.

4) Glycémie à jeun.

Dr. Soumia GHAMRAOUI
Médecine Générale
Echographie Générale
13, Bd. Marrakech - BERRECHID
Tél.: 0522 33 65 99

Ed. Mokammed V. BERRECHID
Tél. 05 22 33 65 99

ICE :001761756000030

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

BERRECHID

INPE :063000509

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 71079

IB 26504 B

Nom et Prénom : Mr. OUHMI Moha

Prescripteur : Dr. GHAMRAOUI Soumia

Référence : 180620 015

Date : 18/06/2020

BILAN :

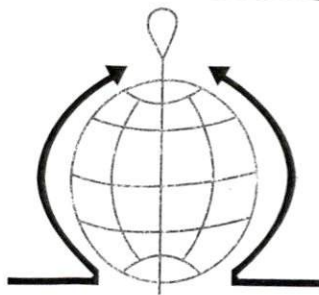
GLY B 15 + AUR B 23 + CHOL B 23 + HDL2 B 56 +
TRIG B 56 + LDLM B 56 +

MONTANT NET : 316,86 Dhs Soit 229 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Trois cent seize Dh et quatre-vingt six cts

LABORATOIRE IBN SINA
Ed. Mohammed V BERRECHID
Tel 05 22 33 66 43



Berrechid le : 18/06/2020

CIN : B59029

Résultats complets

Edité le: 18/06/2020

Medecin Dr. GHAMRAOUI Soumia

Mr. OUHMI Moha

IB 26504 B

RF: 180620015

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN	0,93 g/l	(N : 0.70 à 1.10)
(Technique HITACHI 704)	Soit 5,17 mmol/l	(N : 3.89 à 6.11)
ACIDE URIQUE	83,40 mg/l	(N : 35 à 70)
(Technique HITACHI 704)	Soit 496,23 µmol/l	
CHOLESTEROL TOTAL	1,91 g/l	(N : 1.6 à 2.00)
(Technique HITACHI 704)	Soit 4,9 mmol/l	(N : 4.10 à 5.20)
CHOLESTEROL HDL	0,40 g/l	(N : > 0.40)
(Technique HITACHI 704)		
TRIGLYCERIDES	1,22 g/l	(N : < 1.50)
(Technique HITACHI 704)	Soit 1,39 mmol/l	(N : < 1.70)
CHOLESTEROL LDL	1,23 g/l	(N : < 1.60)
	Soit 3,18 mmol/l	

LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. GHAMRAOUI SOUMIA
Tél : 05 22 33 66 43