

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

nditions 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.

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.

ique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

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.

adie 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.



Déclaration de Maladie

N° P19- 067341

ND: 33009

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1813 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : Bachar, cheikh

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) :

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient																	
				Coefficient des travaux																
				Montant des soins																
				Début d'exécution																
				Fin d'exécution																
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux																
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553				Montant des soins
	H		G																	
	25533412	21433552	00000000	00000000																
00000000	00000000	00000000	00000000																	
35533411	11433553																			
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis																	
			Fin d'exécution																	
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution																		

VOLET ADHERENT	NOM : <u>BACHARI</u>	Mle <u>1813</u>
DECLARATION N° <u>P 14 / 0031989</u>		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
<u>27/02/20</u>	<u>7356,00</u>	
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		



P 14 / 0031989

DATE DE DEPOT 27 / 02 / 2020

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle <u>1813</u>	
Nom & Prénom <u>BACHARI CHEIKH</u>			
Fonction <u>2 etreke</u>	Phones <u>0628680138</u>		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient <u>BACHARI</u> <u>CHEIKH</u>		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age <u>1951</u>
Nature de la maladie			Date <u>27 FEB 2020</u>
Diabète de type 2			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Non			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	
<u>ctz</u>	<u>-</u>	<u>200,00</u>	
PHARMACIE		Date <u>27/02/2020</u>	
Montant de la facture			
Total <u>175,60</u>			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date <u>27/2/2020</u>	
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
<u>3360</u>	<u>860,00</u> <u>04</u>		
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

BACHARFI CHERIFA

Présente

Abdel de type

Nécessitant un traitement d'une durée de :

03 (Trois) renouvelable

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN

INPE :083060640

ICE : 001636557000050

IF:40122309

Angle rue Jakarta et rue Lieutenant Belhoucine

Résidence Saidi, Appartement N° 2

OUJDA

Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 27 février 2020

Monsieur BACHARI CHEIKH

FACTURE N°	77778
------------	-------

Analyses :

Clearance à la créatinine -----	B	50	
Cholestérol total -----	B	30	
Triglycérides -----	B	50	
Acide urique -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée HBA1C -----	B	100	
Albumine/créatinine -----	B	100	Total : B 360

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER	360,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Trois Cent Soixante Dirhams



CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

Dr Mohammed El Amrani

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SPECIALISTE

EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

إختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري والتغذية

وجدة، في : 27/02/2020 Oujda, le :

Me. BACHARI Cheikh

A faire SVP le bilan suivant :

- HbA1c,
- Créatinine, Acide Urique,
- Cholestérol Total, Triglycérides,
- Rapport Alb/Créat (sur échantillon urinaire du matin)



LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
ABO EL MOUJIN
DE JOUR EN JOUR
Résidence Sandi - Oujda
Tél: 05 36 68 74 74 - Fax: 05 36 70 15 15



CABINET D'ENDOCRINOLOGIE DIABÉTOLOGIE ET MALADIES DE LA NUTRITION

Dr Mohammed El Amrani

DIPLOMÉ DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

SPECIALISTE

EN ENDOCRINOLOGIE, DIABÉTOLOGIE
ET MALADIES DE LA NUTRITION



الدكتور محمد العمراني

خريج كلية الطب بباريس

إختصاصي

في أمراض الغدد، داء السكري و التغذية

وجدة، في : 27/02/2020

Me. BACHARI Cheikh

- 43.30
41.30
91.00
- ADO 1000 mg : 1 Cp. / Jour à, Midi au milieu des repas
 - IRPHI 75 mg : 1 Cp. / Jour le matin après repas
 - STATICOL 20 mg : 1 Cp. / Jour le soir après repas

QSP. : 03 Mois



صيدلية يود لال
د. يود لال هيد الكريم
شارع الصن الثاني في السكك رقم 26
وجدة - الهاتف 05 36 50 35 71



v2

v2

v2

AS

AS

RECEIVED
FEB 11 1964
U.S. DEPARTMENT OF AGRICULTURE
WASHINGTON, D.C. 20250
OFFICE OF THE SECRETARY
Agriculture
Room 3000
Washington, D.C. 20250

Staticol[®] 20 mg

Simvastatine

28 Comprimés enrobés sécables



94,00

1غ

آدو[®]

ميثورمين

• مضاد للسكري

LABORATOIRES
PHARMAS
مختبرات فيلاد

قرصا ملبسا
عن طريق الفم

90

43,30

إرفي[®] 75 مغ

إربيزارتان

IRPHI 75 mg

30 Comprimés ○



6 118000 051206

30 قرصا



معهد الصيدلة

LOT: 009

PER: SEP 2022

PPV: 41 DH 30

Irbésartan

IRPHI[®] 75mg