

# 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

- 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.

N° W19-480237

C

ND: 34124

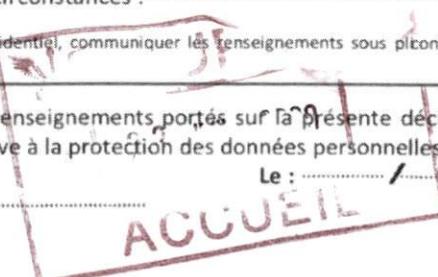
<input checked="" type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input type="checkbox"/> <b>Optique</b>	<input type="checkbox"/> <b>A</b>
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	10344	Société :	RAM
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : BouFAKRI Mohammed			
Date de naissance : 01/01/1968			
Adresse : habi tuelle			
Tél. :	0668198659	Total des frais engagés :	

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
			
Date de consultation : 30/06			
Nom et prénom du malade : BouAFKI Fadela			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : grippe respiratoire			
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'at			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je 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	N° W19-480237
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	

## 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
30/06/2020	2	1300	210	INP - TAIB KARIM - OMNIPRATICIEN - 70 Bd. Hassan II Tissir 1 - Berrechid Tel: 0532 32 89 29
18/07/2020	5	5	25	TAIB KARIM - OMNIPRATICIEN - 70 Bd. Hassan II Tissir 1 - Berrechid Tel: 0532 32 89 29

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
135 Rue Ilia Abou Madian - BERRECHID - Pharmacie SAMAFA	30/06/20	322,60
135 Rue Ilia Abou Madian - BERRECHID - Pharmacie SAMAFA	18/07/20	188,00

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
CHAMPS MÉDICALS BERECHIO 03 22 23 69 43	01/07/20	3778 DNP 1063000509	248,52

## AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	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 d

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXISTENCE

30/08/2020

Bonifid Fadilou

112,00

1/ Oxitrol 200 (81,60)

(S.V.)

App x 2000 10

60,40

2/ Domido 100 (S.V.)

Mayo 8

59,30

3/ Bremi 50 eff (81,10)

(S.V.)

App x 100

45,00

4/ Naspa forte (S.V.)

App x 8

45,90

1/ Domedat sachet (S.V.)

App x 8

322,60

Dr TAIB Karima  
OMNIPRATICIENNE  
70, Bd. Hassan II Tissir 1 - Bérechid  
Tél.: 0522 32 89 29

~~Pharmacie ALAFAD~~  
1,3,5 Rue Idriss Abou Madi  
- BERRACHID -  
Tel.: 0522 33 64 01

**Prazol®**  
oméprazole  
Plus de 15 ans de **confiance**

18/07/2020

94,60 x 2

Vigam fer



mp left hand.

188,0

Dr TAIB Karima  
OMNIPRATICIENNE  
70, Bd. Hassan II Tissir 1 - Berrekhid  
Tél.: 0522 32 89 29



Pharmacie ALAFAD  
1,3,5 Rue Illia Abu Madi  
- BERREKHID -  
Tél.: 0522 33 64 01

OXIFLOR® 200 mg

20 comprimés

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 112DH00

EXP 05/2022

LOT 93019 1

PPV 60DH40

EXP 10/2022

LOT 98027 3

59,30

LOT 19015  
PER 12/22  
PPV 59DH30

LOT : 1044  
UT. AV : 01-24  
P.P.V : 45 DH 90

Lot / Batch n° :

20002  
12/2022  
PPC: 94,00 DH

Exp. date :

LOT : 19E001  
PER : 09/2022

NO-SPA FORTE 80MG  
CP B20

P.P.V : 45DH00

  
6 118000 061816

Pharmacie ALAFAD

/ Batch n° :

20002  
12/2022  
PPC: 94,00 DH

date :

# BILAN BIOLOGIQUE

## INFLAMMATION

- CRP
- VS 1<sup>ère</sup> heure et 2<sup>ème</sup> heure

## IONOGRAMME

- Potassium, Sodium, Chlore
- Réserve alcaline
- Protides totaux

## BILAN LIPIDIQUE

- Triglycérides
- Cholestérol total
- Cholestérol HDL
- Cholestérol LDL

## BILAN HEPATIQUE

- SGOT (ASAT), SGPT (ALAT)
- Gamma GT
- Phosphatases alcalines

## BILAN URINAIRE

- Protéinurie des 24 heures
- ECBU
- Lonogramme urinaire

## BILAN GLYCEMIQUE

- Glycémie à jeun
- Glycémie post prandiale
- HbA<sub>1c</sub>

## DIVERS

- Myoglobine
- Troponine
- Electrophorèse des protéines

## HEMOGRAMME =

(NUMERATION - FORMULE - SANGUINE)

- Globules rouges - Hémoglobine  
Hématocrite - Globules blancs ...
- Plaquettes

## BILAN DE LA FONCTION THYROÏDIENNE

- T3, T4, TSH

## BILAN DE LA COAGULATION

- Taux de prothrombine
- INR
- TCA malade/TCA témoin
- Fibrinogène

## BILAN DE LA FONCTION RENALE

- Crétaténine
- Urée plasmatique

## EXPLORATION DE LA PROSTATE

- PSA

## ENZYMES MUSCULAIRES

- LDH
- CPK
- CPK - mb



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 : 71255**

**IB 14862 B**

**Nom et Prénom : Mme BOUHFID Fadila**

**Prescripteur :**

Référence : 010720 034

Date : 01/07/2020

**BILAN :**

NFS B 73 + GLY B 15 + HBA1 B 90 +

**MONTANT NET : 248,52 Dhs Soit 178 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Deux cent quarante huit Dh et cinquante deux cts*

IB 71255  
Bd. Mohammed V  
Tél 0522 336643