

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER 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.

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.

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- 067557

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 4244 Société : M. 30659

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom : TAHRI

ABDELKABIR

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 :

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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° P19-067557

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 :

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-435279



Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) H24H

Matricule : H24H Société :

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : TAHRI ABDELKABIR

Date de naissance : 19/07/56

Adresse :

Tél. : 0666708919 Total des frais engagés : 170,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR Khalid ACHIR
Gynécologue - Obstétricien
Résidence Farni - Rue Moussem 10
N° 64 1er étage N° 7 - Marrakech
Tél : 05 24 34 99 60

Date de consultation : 12/05/20

Nom et prénom du malade : DIKHNI Nidha Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Pr. urinaire

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : / /

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
12/5/20	C2	1	100	INP : 0910002208 Dr Khalid ACHIR Spécialiste en Obstétricien Présidence à l'Ass. Mériem ID N° 14, rue établi 10, Marrakech Tél. 05 24 34 00 50

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	12/05/20	Mr. B	80,00

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODP																				
	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>																
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>																
				O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">11433553</td> </tr> </table>				H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553
					H	25533412	21433552													
					D	00000000	00000000													
					B	00000000	00000000													
					G	35533411	11433553													
COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>																				
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																				
DATE DU DEVIS <input type="text"/>																				
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																				
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																				

Docteur Khalid ACHIR

SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE - OBSTETRIQUE

Chirurgie Gynécologique - Accouchement

Maladies du sein - Sterilité du couple - Echographie - Coelio-chirurgie

Ancien attaché au service de gynécologie obstétrique

du CHU Ibn Rochd Casablanca

Ancien medecin spécialiste à l'hôpital Militaire Avicenne - Marrakech

الدكتور خالد عشير

اختصاصي في أمراض النساء والتوليد

الولادة - أمراض العقم - الجراحة النسوية

أمراض الثدي - القحص بالصدى - الجراحة بالمنضار

طبيب ملحق سابقًا بقسم أمراض النساء والتوليد

بالمستشفى الجامعي ابن رشد - الدار البيضاء -

طبيب اخصاصي سابقًا بالمستشفى العسكري ابن سينا - مراكش

Marrakech, le : 12/05/20

Dr Khalid Achir

valley J.V. fein :
Doktor pharmaci dr.
. urci , cugtina

Dr. Khalid ACHIR
Gynécologue Obstétricien
Résidence SARRA, Massira ID
N° 64 1er étage N° 7 - Marrakech
Tél. : 05 24.34.99.60



LABORATOIRE PH LIBERTE

1 Avenue Moulay Hassan, 40000 MARRAKECH

Tél 05 24 44 69 51

PAT 45114020 TVA 208223 RC 41748 IF 68960490 INP 073002214 ICE 001656682000069

FACTURE : 27793

MARRAKECH, le 12/05/2020

Nom et Prénom : TAHRI AICHA

Prescripteur : Dr. ACHIR KHALID

Référence : 120520 033

BILAN :

UREE B 30 + CR B 30 +

MONTANT NET : 80,00 Dhs Soit 60 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Quatre-vingts Dh et zéro ct



LABORATOIRE LA LIBERTE
Dr. BERRADA Azzedine
Pharmacien Biologiste

Tél : 05 24 44 69 51 - Fax : 05 24 42 32 29
C.P : 40020 - Place La Liberté Marrakech



مختبر الحرية
د. براطة عز الدين
صيدلي أحيانى

الهاتف : 05 24 42 32 29 - الفاكس : 05 24 44 69 51
ص.ب 40020 - ساحة الحرية مراكش - ICE : 001656682000069

Dossier No 1205 033 du 12/05/2020 à 14h53
Prélèvement Effectué au Laboratoire
Edité le: 12/05/2020

Mme TAHRI AICHA
Date de naissance : 15/01/1970
Medecin Dr. ACHIR KHALID

Résultats complets

MARRAKECH, le 12/05/2020

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

UREE..... 0,28 g/l (N : 0.10 à 0.45)
(Méthode uréase/GLDH) 5 mmol/l

CREATININE..... 8,0 mg/l (N : 6 à 11) 06/05/20 : 7.0
(Méthode Jaffé cinétique) 70,8 μ mol/l

Dr Azzedine BERRADA MEL AZIZI

