

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR 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 canalaire, 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 canalaire.

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge

14889

Maladie Dentaire Optique Autre

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1109

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

JAMALI Saïd

Date de naissance :

104 B^e Ghandi Hay Bensy Berrechid

Adresse :

01/05/1952

Tél. :

0664559080

Total des frais engagés :

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

04/12/2018

Age: 62

Nom et prénom du malade :

Agoufi FATHIMA

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Colique Nephropathie

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) :

31 DEC. 2019

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES				
des ACTS	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
04/02/09	Os	3000	INR : Dr. Ameur AYAD Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse Lottissement Ouled Hriz Berrechid GSM : 0660 102 10	04/02/09
04/02/09	Os	0		

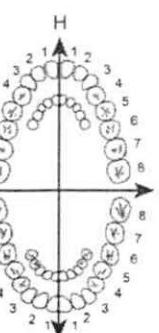
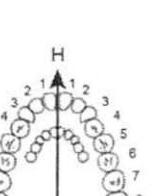
EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09/12/19	535,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					

RELEVE DES FRAIS ET MUNICIALES																									
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 de l'OC																									
SOINS DENTAIRES 		Dents Traitées <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Nature des Soins <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Coefficient <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	INP : <input type="checkbox"/>																				
		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 PROTHESES DENTAIRES 		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> </tr> </table> [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			H		25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D		00000000	00000000	35533411	11433553	<hr/>		B				COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
H																									
25533412	21433552																								
00000000	00000000																								
<hr/>																									
D																									
00000000	00000000																								
35533411	11433553																								
<hr/>																									
B																									
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																							
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>																							
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																							

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مركز لأمراض الكلية و تصفية الدم لأولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلية
و تصفية الدم

Berrechid le : 09/12/2019

M^o Agouagn FATIMA

58,80 x 3

1) Neofortan 160 mg Cp
99,00 + 140,00 1 Cp x 281J pdt 2 sem

2) Oedese 20 g Jellule

535,40

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
GSM : 0660.103.105

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8H020 3

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8H020 3

NEOFORTAN® 160 mg
PPV 98DH80
EXP 11/2021
LOT 8H020 3

H24H/00
Dr. G. S. MATAR
90, Bd. Ghazi - 351/Mane
Tél/Fax: 05 22 53 42 33

LOT 181033
EXP 02/2021
PPV 99.00DH

LOT: 181039 PER: 02-21
PPV: 140.00DH

Centre d'Hémodialyse Ouled Hriz
Dr. Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie Hémodialyse
85, Lotissement Ouled Hriz - Berrechid
GSM : 0660.103.105

تجزئة أولاد حريز، رقم 85 - برشيد -

Tél. : 05 22 32 68 51 - Fax : 05 22 53 40 43 - E-mail : amalayad@hotmail.fr



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Pvt du: 05/12/2019 à 10:28

Mme AJOUAOU Fatima

Edition du : 06/12/2019

Né(e) le : 01/01/1955

Dossier N° : 051219-065

CIN non présentée

Page : 1/2

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

C Réactive Protéine (CRP) : 17,10 mg/L (Inférieur à 6) 21,40 (22/10/19)
(Immunoturbidinétrique-AU 480)

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect	:	Clair	
pH	:	6,50	(5 - 7)
Glycosurie	:	Absence	
Protéinurie	:	Absence	
Corps cétoniques	:	Absence	
Sang	:	Absence	
Leucocyturie	:	Absence	
Nitrites Urinaires	:	Absence	
Bilirubine	:	Absence	

EXAMEN CYTOLOGIQUE

Cellules épithéliales	:	Rares	
Leucocytes	:	1000 /mL	(Inférieur à 10000)
Soit	:	1 /mm ³	(Inférieur à 10)
Hématies	:	0 /mL	(Inférieur à 10000)
Soit	:	0 /mm ³	(Inférieur à 10)
Cristaux	:	Absence	
Cylindres	:	Absence	

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE

Examen direct	:	Négatif
Culture	:	Stérile

EXAMEN MYCOLOGIQUE

Examen direct	:	Négatif
Culture et Identification	:	Stérile

Lot EL Youssef II 14/12/2019
Dr. SEKKAT Med
Laboratoire SEKKAT
D'Analyses Médicales



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

لaboratoire de analyses médicales

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Biochimie – Hématologie – Virologie – Bactériologie – Parasitologie – Mycologie –
Immunologie – Hormonologie – Toxicologie – Biologie de la reproduction

Pvt du: 05/12/2019 à 10:28

Mme AJOUAOU Fatima

Edition du : 06/12/2019

Né(e) le : 01/01/1955

Dossier N° : 051219-065

CIN non présentée

Page : 2/2

EXAMEN PARASITOLOGIQUE

Examen direct : Absence de Trichomonas vaginalis

*LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Dr. SEKKAT Med
Lot EL Youssef II - N°12 Berrechid*

مركز لأمراض الكلى وتصفية الدم لولاد حريز
Centre de Néphrologie Hémodialyse Ouled Hriz

Dr . Amal AYAD
Spécialiste en Néphrologie
Hémodialyse



الدكتورة أمال عياد
اختصاصية في أمراض الكلى
و تصفية الدم

Berrechid le : 04/12/2019

Mme AJOUAOU FAÏNA

ECSU

CRP

8

LABORATOIRE
SEKKAT
Réception
Le.....

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Yousser II, intersection rue Mohamed V et rue Moqawama, à coté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 19-7764

Patient : Mme AJOUAOU Fatima

Édité le : 12/12/2019

Date prélèvement : 05/12/2019

Analyses	Valeur en B	Montant
C Réactive Protéine (CRP)	100	100,00
EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES	150	150,00
Total B	250	250,00
APB	3,0	0,00
Majoration de garde		
Total		250,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent cinquante dirhams***

CK
LABO SEKKAT
RÉCEPTION
Le... 12/12/19