

## 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 canaux, 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 canaux.

### 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

- Reclamation : [contact@mupras.com](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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 Anglé 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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° W19-479085

NO: 18842

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2020 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ASSIDDIKI MOHAMMED

Date de naissance : 1950

Adresse : Lot Melay Hami Rue 3 n° 25 OULFA

CASA

Tél. : 0699 599596 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 28 JAN 2020

Nom et prénom du malade : ASSIDDIKI mohamed Age :

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : D N I D

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) :



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
28 JAN 2020			80 Jn	INP : 71543223

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	28.01.2020	860,50

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laborantin et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	25-1-20	H.M.M.C	100,00

ANALYSES MEDICALES						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 l'ODF.																				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]																
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]																
				MONTANTS DES SOINS [ ]																
				DEBUT D'EXECUTION [ ]																
				FIN D'EXECUTION [ ]																
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX [ ]
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	B																			
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél : 06 69 43 12 83

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83

28 JAN 2020

ASSADIKI Mohamed.

66180X5  
D33NIS  
Dounil

ET

(B)

28100 x 9  
252100  
G 400 1000

277100 8/8

Tiadet

86015017 an 03 mg

Dr. Salah DAMNATI  
Médecine Générale  
Bd. Al Massira - Essaouira  
Tél : 06 69 43 12 83

~~Société Pharmacie  
EL GHANOUY MOGADOR  
Dr. Mohamed ASSAMAOUAT  
Tél : 0524702947/0661471791~~



LOT: 19001  
PER: 06/21  
PPV: 277DH00

LOT: 9MA008  
PER: 02/2021  
DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V: 66DH30



LOT: 9MA008  
PER: 02/2021  
DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V: 66DH30



LOT: 9MA008  
PER: 02/2021  
DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V: 66DH30



LOT: 9MA008  
PER: 02/2021  
DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V: 66DH30



LOT: 9MA008  
PER: 02/2021  
DAONIL 5MG  
CP SEC B60  
P.P.V: 66DH30



LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

LOT 191910  
EXP 12/2022  
PPV 28.00DH

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél : 06 69 43 12 83

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83

28 JAN 2020

Assidihi Mohamed

HBAC

glycémie à j

~~Dr. Salah DAMNATI  
Médecine Générale  
Bd. Al Massira - Essaouira  
Tél : 06 69 43 12 83~~

LABO ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Doukkala - Essaouira  
Tél./Fax : 05 24 47 48 00



Spécialiste en :

HEMATOLOGIE

BIOCHIMIE

BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE

VIROLOGIE-MYCOLOGIE

CYTOLOGIE

TOXICOLOGIE

عبد الكريم الخطابي للتحاليل الطبية

ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES

مختص في :

علم الدم

علم الكيمياء الإحيائية

علم الجراثيم والطفيليات والفيروسات

علم السيوطولوجيا

علم التسممات

FACTURE

N° 00033

Essaouira, le 28.1.20

Nom et Prénom	Type d'Analyses	Prix
ASSIDOUKI NOUANE	HDA	120
LABO ABDELKRIM EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES 287, Rue Oued El Makhazen Bab Doukkala - Essaouira Tél/Fax : 05 24 47 48 00		
TOTAL TTC		120

Arrêter la présente facture à la somme de : .....

LABO ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES  
INPE : 0730 61 772

LABO ABDELKRIM EL KHATABI  
D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Doukkala - Essaouira  
Tél/Fax : 05 24 47 48 00  
Dirhams TTC  
Gauthier et signature



077164267

287, زنقة واد المخازن باب دكالة الصويرة - الهاتف والفاكس : 05 24 47 48 00

287, Rue Oued El Makhazen Bab Dukkala Essaouira - Tél/Fax : 05 24 47 48 00

Code INP : 077164267 - Patente : 47219546 - IF : 89919270 - ICE : 002016666000095

140 ELUANT VIDE

09:41

\* RAPPORT D'ANALYSE \*

LAM ELKHATABI

2020/01/28 09:41

TOSOH

V01.22

N0: 0016 TB 0002 - 06

ID: 20200128049

CAL(N) = 1.1473X + 0.3585

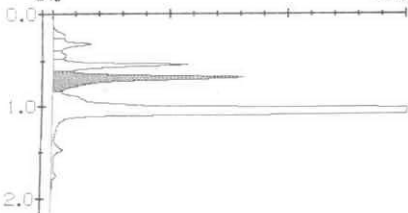
TP 838

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.24	7.06
A1B	1.2	0.32	19.89
F	0.5	0.45	7.47
LA1C+	3.3	0.54	55.38
SA1C	8.1	0.68	111.51
AO	87.8	1.04	1452.16
AIRE TOTALE			1653.48

HbA1c

8.1%

HbA1 9.7 % HbF 0.5 %  
0% 15%



Prélèvement du : 28/01/2020 à 10:01

Résultats édités le: 28/01/2020



**MR ASSIDDIKI MOHAMED**

Dossier N° 20A3160

Page: 1/1

**BIOCHIMIE SANGUINE**  
(Sur Automate Konelab)

Hb GLYCOSYLEE ..... : 8,10

Interprétation

Diabétique : V.N : (6,7 à 7,3)

Non diabétique : V.N : (4,4 à 6,7)

Total de pages: 1

LABORATOIRE ABDELKRIM  
EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES  
287, Rue Oued El Makhazen  
Bab Doukkala - Essaouira  
Tél./Fax : 05 24 47 48 00