

# 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° W19-582715

**Maladie**

**Dentaire**

**Optique**

**Autres**

Matricule : **7189**

Société :

**Actif**

**Pensionné(e)**

**Autre**

Nom & Prénom :

**BIAR ABDELKrim**

Date de naissance :

**27.12.1964**

Adresse :

**BERRECHID**

Tél. :

**06 26 65 91 99**

Total des frais engagés :

**MUPRAS**

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

**LAI BEKKAI Lalla**

134, Bd. El Fida Hay Yasmine

**BERRECHID**

05 22 20 45 45

**MUPRAS**

**ACCUBIL SIEGE RAM**

Date de consultation :

**28 DEC 2021**

Nom et prénom du malade :

**BIAR ABDELKrim**

Age :

Lien de parenté :

**Lui-même**

**Conjoint**

**Enfant**

Nature de la maladie :

**SOINS ACCUBIL SIEGE RAM**

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 : / /

**MUPRAS**

### 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
08/10/2020	C1	1	150,00	INP : 930139990 Dr. BERNARDAS Asmara 34, Bd. Frédéric Mistral 83000 Toulon 06 93 14 05 01 001 56 93 14

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie RACHID Docteur en Pharmacie 9 Bd. Rachid Berkane Tél. 06 64 49 38 17	08/10/2020	338,20

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

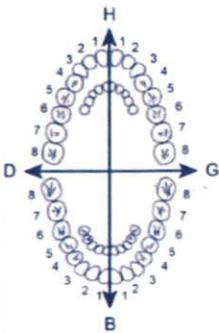
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
PHARMACIE RACHID	08/10/2020	3224	310,10

### AUXILIAIRES MEDICAUX

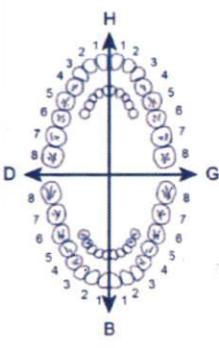
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

### VOLET ADHERENT

\* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



### O.D.F PROTHESES DENTAIRES



### DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	25533412	21433552
00000000	00000000	00000000
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

(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

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DEBUT  
D'EXECUTION

FIN  
D'EXECUTION

COEFFICIENT  
DES TRAVAUX

MONTANTS  
DES SOINS

DATE DU  
DEVIS

DATE DE  
L'EXECUTION

Docteur BEKKAI Laila  
Médecine Générale  
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلى

بلدكار

Dr. LAILA BEKKAI  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
Tél: 0661 56 93 14  
Berrechid, le : 08/10/2020 : برشيد ٢



## ORDONNANCE

MR Bi AR Abdekkar

① - RANTHOLYL 63,30 1 - 1 - 1

LOT: 200095  
DUO: 02/2023  
63,30DH

Fabriqué par : Deva  
146-147, Zone Industrielle  
Tl Mellil - Casablanca

② - MEGABEN 33,00 1 - 1 - 1

PAR 0 / 33,00  
PPV 33,00 DH

③ - INTEXIUM 82,10x2 1 - 0 - 0 x 2



④ - AMOXIL 55,00 1f qd

PPV: 55,00 DH  
LOT: 623683  
PER: 06/21

⑤ - RAYCUT NEM 22,30 0 - 1 x 6 جم



اء، هي ياسمينة الطابق الأول - برشيد الهاتف : 0661 56 93 14

134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél :

Docteur BEKKAI Laila  
Médecine Générale  
Diplômée de l'Université de DAKAR

الدكتورة البكاي ليلي  
الطـب العام  
خريجة كلية الطـب بـدكار

Dr. Leila BEKKAI  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
Berrechid, le : 08/10/2005  
Tél.: 0661 56 93 14

## ORDONNANCE

M<sup>R</sup>-Biar Abdelkrim

- E . C . B . U
- Glycémie a jeûn
- Cholestérolie - triglycérid.

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALE  
IBN SINA  
Bd. Mohammed V, BERRECHID  
Tél 06 61 56 93 14

Dr. BEKKAI  
134, Bd. El Fida Hay Yasmina  
Tél 0661 56 93 14

---

06 61 56 93 14, شارع الفداء، حي ياسمينة الطابق الأول - برشيد الهاتف : 134  
134, Bd El Fida, Hay Yasmina, 1<sup>er</sup> Etage - Berrechid - Tél : 06 61 56 93 14

**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

ICE : 001761756000030

INPE : 063000509

**Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644**

**FACTURE : 72390**

**IB 53185 B**

**Nom et Prénom : Mr. BIAR Abdelkrim**

**Prescripteur :**

Référence : 081020 049

Date : 08/10/2020

**BILAN :**

GLY B 15 + CHOL B 23 + TRIG B 56 + CYTO B 70 +  
CULT B 60 +

**MONTANT NET : 310,16 Dhs Soit 224 B**

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

*Trois cent dix Dh et seize cts*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd, Mohammed V, BERRECHID  
Tél 05 22 33 66 43

Bd. Mohammed V - BERRECHID  
Tél. : 05 22 33 66 43



مختبر التحاليل الطبية  
ابن سينا

شارع محمد الخامس - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 66 43

Berrechid le : 08/10/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 09/10/2020

Medecin Dr. BEKKAI Laila

Mr. BIAR Abdelkrim

IB 53185 B

RF: 081020049

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

GLYCEMIE A JEUN .....	1,26 g/l	(N : 0.70 à 1.10)
(Technique HITACHI 704)	Soit 7,00 mmol/l	(N : 3.89 à 6.11)
CHOLESTEROL TOTAL .....	1,82 g/l	(N : 1.6 à 2.00)
(Technique HITACHI 704)	Soit 4,7 mmol/l	(N : 4.10 à 5.20)
TRIGLYCERIDES.....	2,87 g/l	(N : < 1.50)
(Technique HITACHI 704)	Soit 3,28 mmol/l	(N : < 1.70)

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES IBN SINA  
DU BERRECHID  
TÉL: 05 22 33 66 43

Bd. Mohammed V - BERRECHID  
Tél. : 05 22 33 66 43



شارع محمد الخامس - برشيد  
الهاتف : 05 22 33 66 43

Berrechid le : 08/10/2020

CIN :

Résultats complets

Edité le: 09/10/2020

Medecin Dr. BEKKAI Laila

Mr. BIAR Abdelkrim

9A 53185

RF: 081020049

## BACTERIOLOGIE

### EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

#### EXAMEN PHYSICO-CHIMIQUE

Aspect .....	Clair
Couleur .....	Jaunâtre
Ph .....	5,0
Glucose .....	Negatif
Albumine .....	<b>Négatif</b>
Sang .....	<b>Positif</b>
Corps cetoniques .....	Negatif

#### EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes .....	10 /mm <sup>3</sup>	N < 10
Hematie .....	4 /mm <sup>3</sup>	N < 5
C.Epitheliales .....	Rares	
Cylindres.....	Absents	
Cristaux .....	Absents	
Trichomonas .....	Absents	
Levures .....	Absents	

Coloration de GRAM..... ABSENCE DE GERMES PATHOGENES

#### CULTURES BACTERIOLOGIQUES

Cultures **stériles** après 24h D'incubation à 37°C.

