

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Doc n° N° W21-604020
59612.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) Matricule 405 Société : RAM

Actif Pensionné(e) Autre

Nom & Prénom : JASSEUR EL HOUSINE

Date de naissance : 1941

Adresse : Route El Aourine, lot Tilhaoui A3-AS

N°4 ayola

Tél. : 05 36 74 39 52 Total des frais engagés : 1134,60 DH 200h

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Centre d'Hemodialyse d'Oran Dr HORMI Mohamed NEPHROLOGUE 81 Rue Ibn Khaldoun - ORAN Tel 05 36 74 39 00 Fax 05 36 74 39 04

Date de consultation : 01/02/2019

Nom et prénom du malade : JASSEUR EL HOUSINE Age :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : SL Metabolic

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 : ayola Le : 11/02/2019

Signature de l'adhérent(e) : JASSEUR EL HOUSINE

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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
8/12/2021	Cr	300,00	300,00	Centre d'Hémodialyse Dr HORNADIAK

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr Asmae EL AOUAD Résidence Saidh - OUIDA Tél: 053 68 74 74 - Fax: 053 68 74 75	10/02/21	B730	800,00 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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'ODF

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>								
				COEFFICIENT DES TRAVAUX								
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE											
	H <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> G				25533412	21433552	00000000	00000000	00000000	00000000	35533411	11433553
	25533412	21433552										
	00000000	00000000										
	00000000	00000000										
	35533411	11433553										
	B											
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession											
CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>												
MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>												
DATE DU DEVIS <input type="text"/>												
DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>												

مصحة أمراض الكلى والتصفية الدموية
Clinique d'Hémodialyse d'OUJDA-ISLY

Docteur Mohammed HORMI

Néphrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور محمد حرمي

اختصاصي في أمراض الكلى

خريج كلية الطب بباريز

Oujda, le

8/1/2021

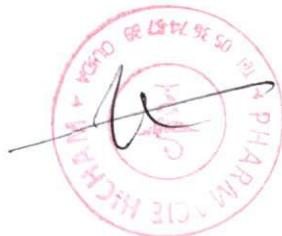
Mr JABER El Housni

34H60

Lasix 40



Myself Leant



101-2021
PER-07-2024

LASILIX 40MG
20CP SEC

P.P.V : 34DH60



9، زاوية شارع علال بن عبد الله و زنقة ابن خلدون - وجدة (وراء سينما باريز)
9, Angle Bd. Allal Ben Abdellah et Rue Ibn Khaldoun - Oujda (Derrière Cinéma le Paris)
Tél. : 05 36 70 30 00 - Fax : 05 36 70 30 04

مصحة أمراض الكلى و التصفية الدموية Clinique d'Hémodialyse d'OUJDA-ISLY

Docteur Mohammed HORMI

Néphrologue

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris



الدكتور محمد حرمى

الكلية الطبية في أمراض اختصاصي

خريج كلية الطب بباريز

Oujda, le 8/2/2021

Dr. JASPER El Hossain

TSH 1 Sept, 1971.
Haw C

NHS, CRL
Reticulocytes to Protein
Sample

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
ABDELMOUMEN
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - OUJDA
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75

Centre d'Haemodialyse de
Dr H. HARMI Montrouge
9, Rue Jules Koenig
92100 Paris
Tél. 05 36 70 30 00
INP : 34000000000000000000000000000000

9، زاوية شارع علال بن عبد الله و زنقة ابن خلدون - وجدة (وراء سينما باريز)
9, Angle Bd. Allal Ben Abdellah et Rue Ibn Khaldoun - Oujda (Derrière Cinéma le Paris)
Tél. : 05 36 70 30 00 - Fax : 05 36 70 30 04

LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES

Docteur Asmae LAMJOUN
INPE :083060640
ICE : 001636557000050
IF:40122309

Angle rue Jakarta et rue Lieutenant Belhoucine
Résidence Saidi, Appartement N° 2
OUJDA
Taxe professionnelle:10837042

Oujda le 9 février 2021

Monsieur JABER EL HOUSSINE

FACTURE N° 100422

Analyses :

Numération formule sanguine -----	B	80	
Electrophorèse des protéines sériques -----	B	100	
Transaminases -----	B	100	
Hémoglobine glycosylée HBA1C -----	B	100	
Protéine C réactive -----	B	100	
Thyrostimuline (TSH us) -----	B	250	Total : B 730

Prélèvements :

Sang-----	Pc	1,5	
-----------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER 800,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Huit Cents Dirhams

LABORATOIRE ABDELMOUMEN D'ANALYSES MEDICALES
ABDELMOUMEN
Dr Asmae LAMJOUN
Résidence Saidi - OUJDA
Tél: 0536 68 74 74 - Fax: 0536 68 74 75