

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 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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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° W19-499078

66485

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule :

4748

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

DOUTABAAB CHALIB

Date de naissance :

30-04-56

Adresse :

TOUFAS 1 INV 9 APP 4
MARRAKECH

Tél. :

266 41 90 568 Total des frais engagés : 601 987 Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

29/01/21
Doutabaa Chalib 64

Age:

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Nature de la maladie :

Personne malade

Enfant

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 : 08/01/21

Signature de l'adhérente(e) :

Doutabaa Chalib

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
2021 01 2021	C 100	400,00		INPE : 071192512

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JMF	30.01.21	800 F 150	201,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est tenu 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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INPE : [REDACTED]
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT DE L'EXÉCUTION
				HÉTÉROCLITIQUE
				FIN DE L'EXÉCUTION
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DATE DU DEVIS
				DATE DE L'EXÉCUTION
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS
				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

O.D.F PROTHÈSES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H

D ————— G

S

[Création, renvoi, adjonction]
Réparation d'un pont mobile ou d'un appareil

D ————— G

S

Docteur Moulay Abdellah LOTFOALLAH

SPÉCIALISTE EN UROLOGIE

Maladies et Chirurgie des Reins, des Voies Urinaires et Génitales

Explorations et Chirurgie Endoscopique

Lithotritie extra-corporelle

Impuissance sexuelle et Stérilité masculine

Maladies Sexuellement Transmissibles

Énurésie

Echographie

ICE : 001640512000062



الدكتور مولاي عبد الله نطف الله

اختصاصي

أمراض وجراحة الكلى ، المسالك البولية والتباينية

فحص وجراحة المسالك البولية بالمنظار

تكمير الحصى

العقم والعجز الجنسي عند الرجل

الأمراض التباينية

الختان والتبيول عند الطفل

الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech le 28-01-2021
مراكش في

YOUSSEF
JAKIB
EOMY



LABORATOIRE PASTEUR D'ANALYSES MEDICALES & SCIENTIFIQUES

Dr Kamal BOUDDI PHARMACIEN -BIOLOGISTE

ANCIEN RESIDENT DE L'HÔPITAL MILITAIRE À VICENNE MARRAKECH

ANCIEN RESIDENT DE L'HÔPITAL MED V - RABAT

ANCIEN RESIDENT DE L'HÔPITAL AVICENNE DES SPECIALITES RABAT

TITULAIRE DU DIPLÔME NATIONAL DE SPECIALITE PHARMACEUTIQUE ET BIOLOGIQUE

Assuré

Matricule

Bénéficiaire **DOUTABAA CHAKIB**

Prise en charge N°

FACTURE N° 18884

Facturé le : **30/01/2021**

Analyses :

ANTIBIOPGRAMME B 60,00

CYTOBACTÉRIOLOGIE DES URINES B 90,00

Total analyses : 201,00 Dh

Prélèvements :

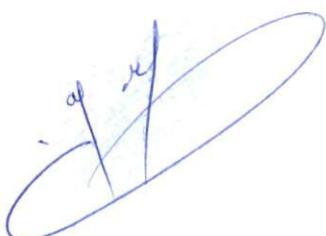
Urine

Total Prélèvements : 0,00 Dh

Total <> 150 **Soit un montant total :** 201,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

DEUX CENT UN DIRHAMS



LABORATOIRE PASTEUR D'ANALYSES MÉDICALES & SCIENTIFIQUES

Dr. KAMAL BOUDI
Pharmacien - Biologiste

مختبر باستور للتحليلات الطبية و العلمية

المهندس بودي كمال
صيادلة - إيفانسي

Ancien résident de l'hôpital militaire avicenne Marrakech
Ancien résident de l'hôpital militaire Méd. V Rabat
Ancien résident de l'hôpital avicenne des spécialités Rabat
Titulaire du diplôme national de spécialité pharmaceutique et biologique



Préscripteur : Dr. LOTFOALLAH My A



Prélèvé à : 11:25:5

مقيم سابق بالمستشفى العسكري ابن سينا بمراكش
مقيم سابق بالمستشفى العسكري محمد الخامس بالرباط
مقيم سابق بمستشفى ابن سينا للتخصصات بالرباط
حاصل على الدبلوم الوطني في التخصصات الصيدلية والبيولوجية

MONSIEUR DOUTABAA CHAKIB

Dossier N° : 1013012014 du : 30/01/2021

Page : 1

Compte Rendu d'Analyse

EXAMEN CYTO-BACTERIOLOGIQUE DES URINES

EXAMEN MACROSCOPIQUE

Aspect	:	Légèrement trouble
Couleur	:	Jaune
Culot	:	Faible
PH	:	06
Protéine	:	Négatif
Glucose	:	Négatif
Nitrites	:	Négatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Leucocytes	:	100	élts/ ml	(< 10000)
Hématie	:	Absence	élts/ ml	(<30000)
Cellules épithéliales	:	Rares		
Cylindres	:	Néants		
Cristaux	:	Absence		
Parasites	:	Absence		

EXAMEN DIRECT

Absence de la flore microbienne.

EXAMEN BACTERIOLOGIQUE :

- Coloration de Gram : Absence de germes visibles.

CULTURE :

Culture demeure stérile après 24h d'incubation.

