

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

- | | |
|------------------------------------|---------------------|
| 0 Réclamation | contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | adhésion@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 Aljal 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

N° W21-627053

CF

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e) Matricule : 9143 Société : 69955

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : AHAD ATTIMAD

Date de naissance : 22/04/1966

Adresse : 3, Rue ABDOUN, OASIS CASA

Tél. : 05 22 91 28 18 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin



Cachet du médecin :

Date de consultation : 16/04/2021

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Halalgi e

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie N° W21-627053

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|---|
| 16/04/2021 | | C | 15000 | INP : 00124928 C  |
| | | | | |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|-----------|-----------------------|
|  | 16/4/2021 | 222,70 |

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <i>DR. MED. G. LOMBECK Radiologe Facharzt für Röntgenologie Röntgenologische Abteilung Klinikum der Universität Regensburg Regensburg, 09/04/2021</i> | 29.04.21 | B 32, Blas PC 134 | 220,- 00,- |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

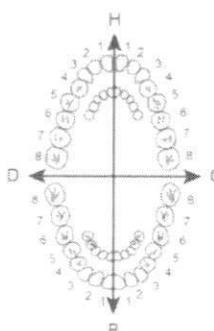
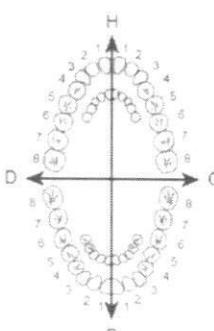
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODD.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|--|--|------------------|-------------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|----------|----------|---|-------|--|--|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION  | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
|  | <table border="0"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | <hr/> | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| G | <hr/> | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | |

Dr. Oumnia AARIBI

المُكْتُورَةُ أُمِّيَّةُ أَعْرَبِيَّ

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



خريجة كلية الطب والصيدلة
الدار البيضاء
الطب العام
الطب التجميلي
الحجامة الطبية
الوخز بالإبر

Ordonnance

PHARMACIE MIRABEL

A. SAMKAOLI, Docteur en Pharmacie
Diplômé de l'ULP de Strasbourg
Diplômé de Pharmacie Oncologique de l'UHP de Nancy



16/04/2021

3, Rue des Pauvretés, Bd A. Bouabdil, Oasis Casablanca - Maroc
Tel : 05 22 23 11 59 - Fax : 05 22 23 26 45

83,60

A Had Aatim ed.



86.00

1) Fortmag cx
1 cp le soir (Ftor)

53.10

2) Reladol →
2 cp x 21

83.60

3) ... - Delican 15 - 8
2 cp 1;

F 222,70



RELAXOL 500MG/2MG
CP B20
PER.:11/2023
P.P.V.:53DH10
Barcode: 6 118000 060833

FORTMAG®
PPC : 86,00 DH

LOT: L0261/2
PER: 09/2023

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.oumnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70 ، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Dr. Oumnia AARIBI

الدكتورة أمينة أعربي

Lauréate de la Faculté de Médecine
et de pharmacie de casablanca

Médecine Générale

Medecine Esthétique

Hijama medicale

Acupuncture



خريجة كلية الطب والصيدلة

دار البيضاء

الطب العام

الطب التجميلي

الحجامة الطبية

الوخز بالإبر

Ordonnance

16/04/2023

Ahad aatumans

11GAj

2/16/2023

L'Institut
MEDICAL
Dr. OUMNIA AARIBI
39, Rue Haj Fatih, LA GOURME
150-5522
90 32 3735 - 3735
IBRAHIM ALI
Casablanca
Fax: 0522 98 55 05

Lotissement Haj Fatih, N° 70 , 1er Etage
(à côté de pharmacie Hamza) - Oulfa Casablanca

dr.ounnia.aaribi@gmail.com

تجزئة الحاج فاتح عمارة رقم 70 ، الطابق الأول
(قرب صيدلية حمزة) الألفة الدار البيضاء

05 20 45 00 00 / 06 03 56 73 00

Laboratoire d'Analyses Médicales La Colombe

Dr Benchekroune

RUE DES PYRENEES

CASABLANCA

Tél. : 99 32 35/Fax : 98 56 06

Casablanca le 29 avril 2021

Madame AHAD AATIMAD

FACTURE N°

22548

INPE:093000024/ICE:001449136000024/IF:40477366

Analyses :

| | | | |
|------------------------------|---|-----|---------------|
| Glycémie (à jeun) ----- | B | 30 | |
| Hémoglobine glycosylée ----- | B | 100 | Total : B 130 |
| Prélèvements : | | | |

Prélèvements :

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

TOTAL DOSSIER

200,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cents Dirhams

LABORATOIRE D'ANALYSES
MÉDICALES LA COLOMBE
Dr. BENCHEKROUNE
39, Rue des Pyrénées, Casablanca
Tél: 0522 99 32 35/55 - Fax: 0522 98 56 06

Laboratoire d'Analyses Médicales La Colombe

Dr Benchekroune

**39, Rue des Pyrénées - Maârif
CASABLANCA
Tél. : 99 32 35/Fax : 98 56 06**

Page N° 1

Casablanca le 29/04/21
Dossier N° : 21D219

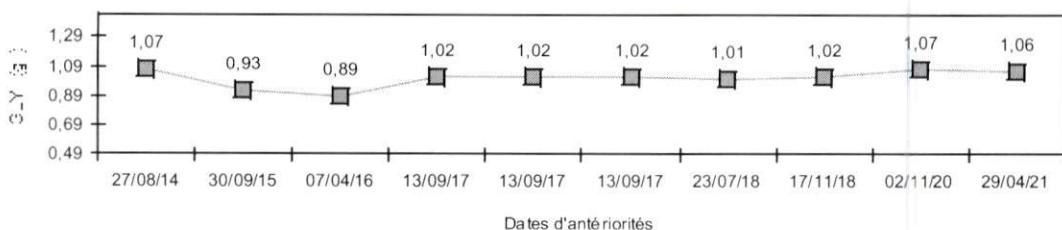
72

Ouvert le : 29/04/21
Docteur Oumnia AARIBI
Prélèvement reçu à 12:00

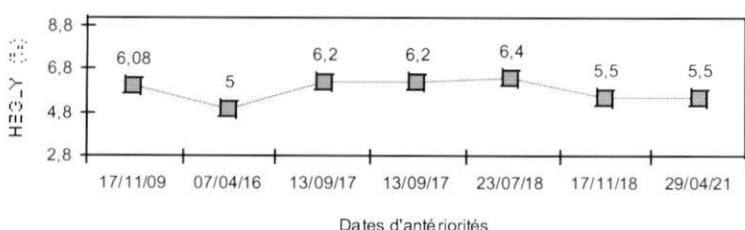
Madame AHAD AATIMAD
3 Rue Arrouani Oasis/Tél (P) : 0654-76-38-

Casablanca

BIOCHIMIE SANGUINE



Hémoglobine glycosylée : **5,50** % < 6,4 %
Résultat du 17/11/18 : **5,50** %



Le biologiste :