

285

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

- 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 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-626237

☒ **Maladie** ☐ **Dentaire** ☐ **Optique** ☐ **Autres**

Cadre réservé à l'adhérent (e) : **MAHREZ IKBAL**

Matricule : **11449** Société : **R.A.M**

☒ **Actif** ☐ **Pensionné(e)** ☐ **Autre**

Nom & Prénom : **MAHREZ IKBAL**

Date de naissance : **13/05/1981**

Adresse : **13 RUE 1 LOT AMINE BERRECHID**

Tél. : **06 33 91 58 64** Total des frais engagés : **150 + 200 + 67,40 = 1027,40**

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin : **Dr. ESSOUBI Abderrahim**

Omni praticien

128, Bd Mohamed V Berrechid

Tél: 05 22 33 75 70

06 50 43 56 34

Cachet du médecin :

Date de consultation : **14/05/2021**

Nom et prénom du malade : **HADDACHE BOUCHA** Age : **39**

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

Nature de la maladie : **ALD**

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 : **10226540** Le : **21/05/2021**

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-626237

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 : **11449**

Nom de l'adhérent(e) : **MAHREZ**

Total des frais engagés : **1027,40**

Date de dépôt :

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
19/5/21	C	1	1500	Dr. ES SOUBI Abderrahim Omnia Ancien Bd Mohamed V Berrechid Tél: 06 50 33 75 70 06 50 43 56 34
21/5/21	C	1	128	

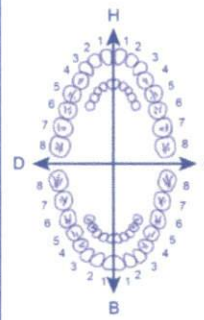
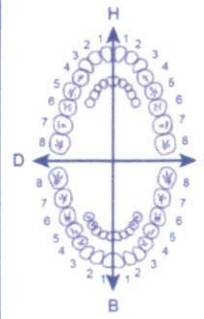
EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie EL HAM 66-63 - 0522 53 43 14 - Berrechid	21/05/21	677,40 DH

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE SERKAT D'Analyses Médicales Réception Lot LE Youssef N°12 Berrechid	20 MAI 2021		200,00

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.

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.				
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 <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 G 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>	
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>	
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطبيب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 21 MAI 2021

Nom : HADDOUCHE
Pds : BOUCHRA
TA :

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

SYNTHEMEDIC
22 rue zoubair benou al aouam roches
noires casablanca
INEXIUM
20 mg Cpr GR
Boite 14
640150MP/21NRQ P.P.V : 82,10 DH
6 118001 020591

22,10 x 2 - INEXIUM 20 (16/5/21)

64,10 x 2 - ADAM YERINO (2/5/21)

PPV 64DH10

METROZAL®
Métroclazole 500mg
Boite de 20 comprimés
P.P.V : 32,50 DH
6 118000 190967

Ant + Rep + 14 Jan

32,10 x 2

METROZAL (2/5/21)

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boite de 14 comprimés
P.P.V : 160,00 DH
6 118000 191001

METROZAL®
Métroclazole 500mg
Boite de 20 comprimés
P.P.V : 32,50 DH
6 118000 190967

Ant + Rep + 14 Jan

CLARIL®
Clarithromycine 500 mg
Boite de 14 comprimés
P.P.V : 160,00 DH
6 118000 191001

Dr. Abderrahim ESSOUBI
Omnipraticien
Boulevard Mohamed V Berrechid
Tél. 05 22 33 75 70
06 50 43 56 34

67,10 x 2 - CLARIL 500 (6/5/21)

128, شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف و فاكس : 05 22 33 75 70

128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70

GSM : 06 50 43 56 24

Dr. Abderrahim ESSOUBI

OMNIPRATICIEN
ECHOGRAPHIE GENERALE

INPE : 061062402

الدكتور عبد الرحيم السوبي

الطب العام
الفحص بالصدى

Berrechid, le 19 MAI 2021

Nom : HADDOUCHE
Pds : BOUCHRA
TA :

Jeune : Scopolio
He de l'obstacle

Dr. ESSOUBI Abderrahim
128, Boulevard Mohamed V - Berrechid
Tél. / Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 34

Laboratoire SEKKAT



HADDOUCHE Bouchra

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Réception
Lot LE Youssef N°12 Berrechid

128, شارع محمد الخامس - برشيد - هاتف و فاكس : 05 22 33 75 70
128, Boulevard Mohamed V - BERRECHID - Tél./Fax : 05 22 33 75 70
GSM : 06 50 43 56 24

Laboratoire Sekkat d'analyses médicales

Docteur Mohamed Sekkat
Médecin Biologiste en analyses médicales

Adresse : N°12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue
Moqawama, à côté de BMCE bank, Berrechid
Tél. : 05 22 51 77 81 / Email : laboratoiresekkat@gmail.com
Urgences : 06 25 63 42 71

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Facture

N° facture : 2021-05176

Patient : Mme HADDOUCHE Bouchra

Edité le : 20/05/2021

Date prélèvement : 20/05/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Serologie Helicobacter pylori	200	200,00
Total B	200	200,00
APB	1,0	0,00
Total		200,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Deux cent dirhams***

LABORATOIRE SEKKAT
D'Analyses Médicales
Réception
Lot LE Youssef II N°12 Berrechid



LABORATOIRE SEKKAT D'ANALYSES MEDICALES

مختبر سقاط للتحاليل الطبية

Βιοχημ.Ο.Ο. ΟΖΖ.Ε ΗΞΤ.Α.Ο.ΗΞΗ.Ο.ΕΞΘΘΞΞ.

Biochimie - Hématologie - Virologie - Bactériologie - Parasitologie - Mycologie -
Immunologie - Hormonologie - Toxicologie - Biologie de la reproduction

Dr. Mohamed SEKKAT
Médecin Biologiste

Pvt du: 20/05/2021

Mme HADDOUCHE Bouchra

Edition du: 20/05/2021

Né(e) le: 27/07/1981

Dossier N°: 10A09309085



Page: 1/1

IMMUNOLOGIE-SEROLOGIE

Serologie Helicobacter pylori (IgG)

Technique: ELFA: (Enzyme Fluorescent Assay) CHORUS

Index

:

135,60 U/ML

Interprétation:

- < 8 : Négative
- 8 - 12 : Equivocal
- > 12 : Positive

LABORATOIRE SEKKAT

D'Analyses Médicales

Dr. SEKKAT Med

Lot LE Youssef N° 12 Berrechid



N° 12 Lot. El Youssef II, intersection rue Mohamed V et rue Mouqawama, à côté de BMCE bank, BERRECHID

05.22.51.77.81 . E-mail: laboratoiresekkat@gmail.com

Urgences: 06.25.63.42.71