

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

ologie 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.

que :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

ducation :

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.

taire :

Erf 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

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° M21- 066642
84079

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 378 Société :

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAÏDI EL Betoil

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation :/...../.....

Nom et prénom du malade : Age:

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

Nature de la maladie :

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 : 14/08/2014

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-66642

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.
Veuillez fournir une facture
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient													
				Coefficient des travaux												
				Montant des soins												
				Début d'exécution												
				Fin d'exécution												
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire			Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>00000000</td> <td>21433552</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D 00000000</td> <td>35533411</td> <td>00000000</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>		H		G		25533412	00000000	21433552	00000000	D 00000000	35533411	00000000	11433553		Montant des soins
	H		G													
	25533412	00000000	21433552	00000000												
D 00000000	35533411	00000000	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession			Date du devis													
			Fin d'exécution													
Signature et cachet du praticien		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution														

VOLET ADHERENT	NOM : _____	Mle
DECLARATION N° P 14 / 0032013		
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle		
Cachet MUPRAS		



P 14 / 0032013

DATE DE DEPOT
/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 378	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		ESSAIDI BATOUL	
Fonction	Phones		
Mail			
MEDECIN	Prénom du patient		
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Age 70	Date 06/09/2021
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
Diabète type II			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Diabète type II			
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires	Signature Dr. NADIM Hassane Médecin Interne CHP - RABAT
		G	
PHARMACIE	Date 07/09/2021		Signature Pharmacie EL MOUNA Mme SMILI Wadia 9, Hay EL Kora, C.Y.M. - Rabat Tél : 0537 29 06 73 INPE : 102025772
Montant de la facture	792,50		
ANALYSES - RADIOGRAPHIES		Date	Signature Dr. HILAL ABDOU BENMANSOUR Médecin Biologiste Laboratoire AIR
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires		
154,90			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	Cachet MUPRAS
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC	IM	IV

ORDONNANCE



Rabat le 07/09/2021

Mr/Mme - Essaïdi EL Baboul

28,00 x 12 1) Glucophage 500mg

336,00

1 - 0.1 pdt 6 mois

ADo 500mg.

1 - 0 - 0 pdt 6 mois

3) Pentasa 1g suppo

337,00

1 suppo / jour pdt 1 sem

4) I modium 2mg.

30,50

1 gélule x 3 / jour

5) Apenat

44,50 x 2

89,00

1 cp x 3 / j pdt
5 jours

T 8792,50

Cachet du médecin

Dr. NADIM Hassnae
Médecin Interne
CHP - RABAT

Pharmacie EL MOUNA
Mme SMILI Wadia
Hay EL Kora, C.Y.M. - Rabat
Tél.: 0537 29 06 73
INPE: 10225772

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200407
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201456
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 210077
EXP 01/2024
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201388
EXP 09/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200407
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

28,00

اعتمد التحية ولا تقبيل

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 201393
EXP 10/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 210079
EXP 01/2024
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

LOT 200170
EXP 03/2023
PPV 28.00DH

Glucophage® 1000mg

30 Comprimés pelliculés



6 118000 081333

28,00

PENTASA 1G

15 SUPPOSITOIRES

PPV : 337,00 DH

ADSP N° 80/98DMP/21

LABORATOIRES SOTHEMA



6 118001 070466

EXP: /

تاريخ انتهاء الصلاحية:

FAB: /

تاريخ التصنيع:

Lot: /

12 2023

01 2021

T11697A

LOT: 9M0651
PER: 12 2023

IMODIUM 2MG GELULE
20 Gél

P.P.V : 30DH50



6 118000 010845

APENAT Cpr Bte 15
PPC : 44,50 DH

Ut av : /

Sept/ 2022

Lot: /

190599

MEDI PRO PHARMA

APENAT Cpr Bte 15
PPC : 44,50 DH

Ut av : /

Sept/ 2022

Lot: /

190599

MEDI PRO PHARMA

Date :

ESSAIDI

ELBATANI

ORDONNANCE

Prescription :

GAS, BBP



Dr. ZAAMOUMI MEHDI
Médecin Interne
CHP - RABAT

Dr. NADIM Hassenae
Médecin Interne
CHP - RABAT

Dr. A. ALDJOUNI BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Fajel

FACTURE

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 001775478000076

INPE: 103060950

IF: 14372610

Rabat le : 6 septembre 2021

Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	178411
------------	--------

FACTURE N°		178411	
Analyses :			
Glycémie (à jeûn)* -----	B	30	Total : B 130
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Prélèvements :			
Prelevement-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER			154,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Quatre Dirhams et Cinquante Centimes

Dr. A. ALDJOUN-BENHANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dossier N° : 215822E

Ouvert le : 06/09/21

Prélèvement effectué à 11:45

Edition du : 06/09/21

Prescripteur : Dr.ZAAMOUMI Mehdi

Mme ESSAIDI EL BATOUL

DDN : 01/01/1944

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

BIOCHIMIE

Glycémie à jeun ----- : **1,70** * g/l
Soit : 9,4 mmol/l

Normales

Antériorités

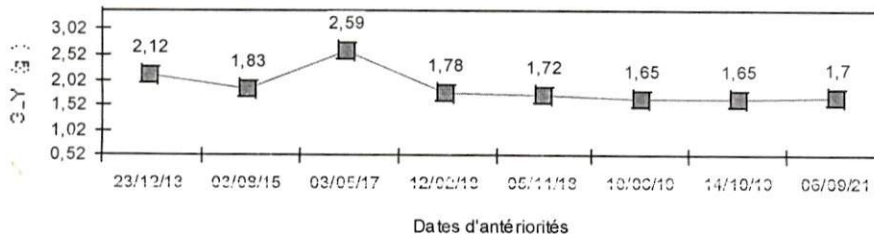
14/10/2019

0,74 - 1,1

1,65

4,1 - 6,1

9,2



Hémoglobine glycosylée ----- : **8,30** * %

4,8 - 6

02/12/2020

7,50

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALDJOUN BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

