

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 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.



Declaration de

N° W21-680244

Maladie

Dentaire

Optique

A

Matricule :

111118

Société :

RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

BONJDOU Fatma

Date de naissance :

31.12.1975

Adresse :

docteur en bch Fidelle DAKHLA

Tél. :

0663618485

Total des frais engagés :

500dhs

Cadre réservé au Médecin

Dr. Mohammed KHYATI

Chirurgien

Immeuble KHALDI

Rue Président Bekkai G.I.

AGADIR - Tél: 05 28 84 61 78

Date de consultation :

07.12.2021

Nom et prénom du malade :

mm-BONJDOU Fatma

Age: 19

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfan

Nature de la maladie :

Dyspnée respiratoire

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'at-médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Agadir

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W21-680244

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

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

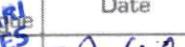
RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
7.12.2021	CS	CS ₁	# 100 DH	INP : 041085507 Mohammed KHIYATTI HASSAN HADDOU

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture AGADIR TAH 03

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE EL MCHAFI D'ANALYSES MEDICALES Imm. A Al Wifaq N° 6 Moulay Hassan I AGADIR Tel: 05 28 23 97 65 Fax: 05 28 23 97 65</p> 	07/12/2011	B 470	542 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

VIOLET ADHERENT

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

RELEVEZ 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 d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : []												
				COEFFICIENT DES TRAVAUX []												
				MONTANTS DES SOINS []												
				DEBUT D'EXECUTION []												
				FIN D'EXECUTION []												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">25533412</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">35533411</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding: 0 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX []
H	25533412	21433552														
D	00000000	00000000														
B	00000000	00000000														
G	35533411	11433553														
				MONTANTS DES SOINS []												
				DATE DU DEVIS []												
				DATE DE L'EXECUTION []												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'

Docteur Mohammed KHIYATI

Chirurgien
Maladies et chirurgie dé
l'Appareil Digestif et des Viscères
Pathologie Anorectale
Hémorroïdes - Fistules - Fissures
Traumatologie

Diplôme d'Echographie Clinique de Montpellier
Assermenté près des Tribunaux

Imm.Khaldi (près Pharmacie CHAAB)
Rue Président Bekkay (Q.I)
Tél: 05 28 84 61 78 -Fax: 05 28 82 85 20
AGADIR

الدكتور محمد خياطي

طبيب جراح
أمراض و جراحة الجهاز الهضمي
الكبد - الامراة - المسالك الصفراوية
البواسير

جراحة العظام

دبلوم الإيكوغرافي بجامعة مونبولي
طبيب محلف

عمارة خالدي قرب صيدلية الشعب
زنقة الرئيس البكاي
الهاتف : 05 28 82 85 20
أكادير

Agadir, le 07.12.2021 .
أكادير في :

Mme Bousidim Fatma .

10/ D-Dimers .

20/ C.R.P .

~~Dr. Mohammed KHIYATI
Chirurgien
Immeuble KHALDI
Rue Président Bekkai Q.I.
AGADIR - Tél: 05 28 84 61 78~~

LABORATOIRE EL.MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. A Al Wifaq N°5-6
Av. Moulay Hassan 1 AGADIR
Tél/Fax: 05 28 23 97 65

LABORATOIRE EL MGHARI D'ANALYSES MEDICALES ET SCIENTIFIQUES

Imm. Al Wifaq N° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) - AGADIR

Tél.: 0528 23.97.64/65 - Fax : 0528 23.97.65 - E-mail: labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181

Identification fiscale : 75757580- N° R.C. : 31012- N° TVA : 270074- N° CNSS : 2694257- N° ICE: 001591578000043

N° Compte bancaire : SOCIETE GENERALE AV. HASSAN 1ER AL MASSIRA 022 010 000 223 00 050028 09 25

INP : 043000041

Facture 15948

AGADIR Le : 14/02/2022

Analyses effectuées le: 07/12/2021

Pour.....: **Mme BOUJDOU FATMA**

Sur prescription du : Dr MOHAMED KHIYATI

Code.....: 4GA4470



Matricule.....:

Bilan:

DDIM=B370 CRP=B100

Total : B 470

Montant Net : 542.00 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENT QUARANTE DEUX Dhs 00 Cts

LABORATOIRE EL MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. Al Wifaq N° 5-6
Av. Moulay Hassan 1 AGADIR
Tél/Fax: 05 28 23 97 65

Dr. El Mghari Moulay Abdelaziz

SPECIALISTE EN BIOLOGIE CLINIQUE

DIPLOME EN BIOCHIMIE CLINIQUE, HEMATOLOGIE,
BACTÉRIOLOGIE, VIROLOGIE PARASITOLOGIE, MYCOLOGIE,
IMMUNOLOGIE, MALADIES AUTO-IMMUNES ET TOXICOLOGIE CLINIQUE
DIPLOME DE L'UNIVERSITÉ DE MARSEILLE
DIPLOME DE L'UNIVERSITY UCL DE MEDECINE DE BRUXELLES
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE BRUXELLES
ANCIEN ASSISTANT A L'UNIVERSITÉ DE MEDECINE UCL DE BRUXELLES



043000041

الدكتور مولاي عبد العزيز المغاربي
اختصاصي في التحاليل الطبية

الختصافي في علم الدم والمناعة ، الكيماء الإحاثية ،
البكتériولوجيا ، الفيروسيولوجيا ، الميكروبولوجيا الإكلينيكية
الطفيليات والتكميلات الطبية
خريج بكلية فرسايلا
خريج بكلية UCL لطب بروكسل
داخلي سابقًا بمستشفيات بروكسل
ملحق سابقًا بكلية الطب UCL بروكسل

4GA4470

Référence : 112070377

Edition du : 07/12/2021

Mme BOUJDOU FATMA

Age : 44A

Prélèvement du : 07/12/2021

Préscripteur : Dr.

HEMOSTASE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
D-DIMERES..... Nephelométric immunoassay	0.25	mg/l	inf à 0.5

IMMUNO-SÉROLOGIE

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Protéine C réactive..... Technique : immunoturbidimétrie	3.0	mg/l	(inf à 6) <2 (26/10/15)

LABORATOIRE EL.MGHARI
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. EL.MGHARI Moulay
Abdelaziz

المختبر مفتوح من 7H30 إلى 19H إستخلاص الدم في المختبر والمنزل
LE LABORATOIRE EST OUVERT DE 7H30 À 19H - PRELEVEMENT AU LABORATOIRE ET À DOMICILE

عمراء الوفاق رقم 5 - 6 - شارع مولاي الحسن الأول الطريق الرئيسية (أمام إدارات الداخلة) أكادير
Imm. Al wifaq n° 5,6 - Av. My Hassan 1er Autoroute de Dakhla (en face des Administrations de Dakhla) AGADIR

Tél. : 05 28 23 97 64/65 - Fax: 05 28 23 97 65 - E-mail:labelmghari@gmail.com - Patente : 48136181 - ICE: 001591578000043