

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° W21-700087

110729

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 5044 Société : RAM

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KERDOUN ROHANNED

Date de naissance : 12-06-63

Adresse : KERDOUN9@GMAIL.COM

Tél. : 0661193876

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 17-03-22

Nom et prénom du malade : KERDOUN ROHANNED 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 : RABAT Le : 21/03/22

Signature de l'adhérent(e) :

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
17/09/22	L		G	INP : 164154161 DR. MEDA... PROFESSEUR... Chirurgie Viscérale N° 10910 / 15 Tunisie.com

APR 19 1964

MEDICAL OFFICE

Dr. R. P. ...

10. China 10/11/2000

[illegible]

Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	18/3/22	8,190	200,00 DT

Montant
des Honoraires

200.00

..... OK

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

Montant détaillé
des Honoraires

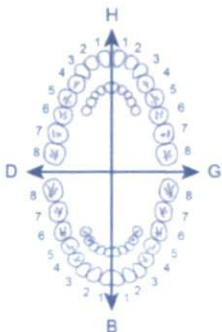
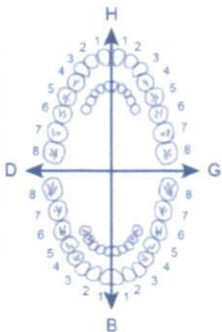
--	--

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 canaux, 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			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>														
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th>D</th> <th>G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	D	G																
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			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

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

INP : | | | | | | | |

1

11

Page 10

1

11

Page 10

11

Page 10

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

المملكة المغربية
وزارة الصحة

المركز الإستشفائي الجامعي ابن سينا

Royaume du Maroc
Ministère de la Santé
Centre Hospitalo-Universitaire Ibn Sina
Hôpital Ibn Sina



ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ
ⵜⴰⴳⴷⴰⵢⵜ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ ⵏ ⵓⴽⴰⵏ

17/03/22

M^{re} K. ROUDINE M.H. mes



Dr. MEDARHRI Jalil
Professeur
de Chirurgie Viscérale
INP : 101101145
mdaghrijalil@gmail.com

for WL

- 1/ Highcidity
- 2) cholesterol total
- 3) HDL cholesterol
- 4) LDL cholesterol

LABORATOIRE MELLOUKI
D'analyses Médicales
BD Tarik IBN Ziad
Residence Shems IM.G N 2
Tél 05 37 61 20 50 Fax 05 37 61 22 41
INPE 1010061479



Dr. MEDARHRI Jalil
Professeur
de Chirurgie Viscérale
Faculté de Médecine
INP : 101101145
mdaghrijalil@gmail.com

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES MELLOUKI

Bd, Tarik Ibn Ziad Residence Shemsi Imm G N°2 -Temara-
Tél : 05.37.61.20.30 Fax : 05.37.61.22.41

Facture

Patente: 28207455

ICE: 001711456000033

INPE: 103061479

IF: 12600940

CNSS: 2033299

N° facture 2022-0645

Date 21/03/2022

Patient Mr KERDOUN Mohamed

Date Prélèvement : 18/03/2022

Analyses	Valeur en B	Montant
Triglycérides	60	80,40
Cholestérol total	30	40,20
HDL-Cholestérol	50	67,00
LDL-Cholestérol	50	67,00
Total B	190	254,60
APB	1,0	10,00
Majoration de garde		
Total		200,00

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

LABORATOIRE MEDICAL MELLOUKI
Analyses Médicales
BD Tarik Ibn Ziad
Residence Shemsi Imm G N° 2
Tél 05 37 61 20 30 Fax 05 37 61 22 41
INPE 103061479



مختبر ملوكي للتحليلات الطبية

Laboratoire d'analyses médicales MELLOUKI

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie

د. عبد الرحيم ملوكي

صيدلي إحيائي

جامعة بروكسيل

Dr. Abderrahim MELLOUKI

Pharmacien Biologiste

Université libre de Bruxelles

Temara

Examen du : 18/03/2022

Heure Pvt : 9:25:00

Edité le : 18/03/2022



103061479

Mr KERDOUN Mohamed

Code Patient : 21-01775

Réf : 180322-005



assurance mupras

Compte rendu d'analyses

Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Triglycérides	: 0,57 g/l	(Inférieur à 1,5)	0,61 (10/02/22)
(Technique : Enzymatique-colorimétrique)			
Cholestérol total	: 2,24 g/l	(Inférieur à 2)	2,35 (10/02/22)
(Technique : Enzymatique/Cobas Integra 400+)			
HDL-Cholestérol	: 0,86 g/l	(Supérieur à 0,4)	0,51 (10/02/22)
LDL- Cholesterol :	: 1,27 g/l		1,72 (10/02/22)

Valeurs souhaitables du LDL (en g/l) en fonction du nombre de facteurs de risque cardiovasculaire * selon l'AFSSAPS:

- Absence de facteurs de risque LDL < 2.2
- Présence d'un facteur de risque LDL < 1.9
- Présence de 2 facteurs de risque LDL < 1.6
- Présence de plus de 2 facteurs de risque LDL < 1.3
- Présence d'antécédents de maladies cardiovasculaires LDL < 1.0

* Selon l'AFSSAPS les facteurs de risque sont: L'âge , les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce , Tabagisme , DNID , HTA et HDL < 0.40g/l

Sans vous remercier de votre confiance

Le Biologiste

Dr. MELLOUKI ABDERRAHIM

Rés. Shemsi Immeuble G N°2 Bd Tarik Ibn Ziad - Fouarat - 12000 Témara - GSM 0678642782

Tél 0537612030

fax 0537612241

laboratoiremellouki@gmail.com

INPE : 103061479