

## 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 | : 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.

N° W21-700087

110729

Maladie       Dentaire       Optique       Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)  
Matricule : 5044      Société : RAM

Actif       Pensionné(e)       Autre :

Nom & Prénom : KERDOUEN      5044 RAM E D

Date de naissance : 12 - 06 - 63

Adresse : KERDOUEN@GMAIL.COM

Tél. : 0661193876      Total des frais engagés : 10110113 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 17-2-22

Nom et prénom du malade : KERDOUEN RAM E D Age:

Lien de parenté :  Lui-même       Conjoint       Enfant

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances

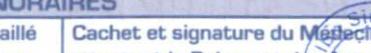
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : RAM      Le : 21/10/2021

Signature de l'adhérent(e) : V.H



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
17/03/2022	C		6	INP : <i>Yannick Lévy</i> 

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIographies			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE FELLOUKI Analyses BD Farkh Boudjellal Résidence Shems I BP 37 61 20 30 / Fax 05 37 61 22 22 TPE 10306147	18/3/22	B 130	200,00 DTJ

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES																																	
Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.																																	
<b>Important :</b> Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.																																	
	SOINS DENTAIRES  <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dents Traitées</th> <th>Nature des Soins</th> <th>Coefficient</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																												INP : <input type="text"/>	
		Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																													
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. PROTHÉSES DENTAIRES  <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</th> </tr> <tr> <th>H</th> <th>G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>															
		DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																															
		H	G																														
		25533412	21433552																														
		00000000	00000000																														
		D	G																														
		00000000	00000000																														
		35533411	11433553																														
		B																															
		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																																	

١٢/٣/٢٠٢٢  
 M - KERDOUNI M MEDARHRI JALIL

Dr MEDARHRI JALIL  
 Professeur  
 de Chirurgie Viscérale  
 et Médicale  
 INP : 101101145  
 mdaghrijalal@gmail.com

LABORATOIRE MELLOUKI  
 D'analyses Médicales  
 BD Tarik IBN Ziad  
 Tel Résidence Shems IM.G.N 2  
 05 37 61 20 50 / Fax 05 37 61 22 41  
 INPE 101061479

- 1) Triglycerides
- 2) Cholesterol total
- 3) HDL Cholesterol
- 4) LDL Cholesterol

Dr. MEDARHRI JALIL  
 Professeur  
 de Chirurgie Viscérale  
 Faculté de Médecine  
 INP : 101101145  
 mdaghrijalal@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

**N° facture** 2022-0645

**ICE:** 001711456000033

**Date** 21/03/2022

**INPE:** 103061479

**Patient** Mr KERDOUN Mohamed

**IF:** 12600940

**Date Prélèvement :** 18/03/2022

**CNSS:** 2033299

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

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

LABORATOIRE MELLOUKI  
Analyses Médicales  
BD Tarik Ibn Ziad  
Residence Shemsi INT.G N°2  
Tel 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 احياني

جامعة بروكسل

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

Triglycérides

: 0,57 g/l

Valeurs Usuelles

( Inférieur à 1,5 )

Antériorité

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'age , les antécédents familiaux de maladie coronaire précoce , Tabagisme , DNID , HTA et HDL < 0.40g/l

Sous votre responsabilité de votre confiance

*Le Biologiste*

Dr. MELLOUKI ABDERRAHIM