

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

N° W21-715198

123326

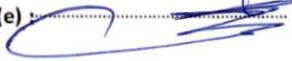
<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 9502	Société : AN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : NAOUFI BABO		Date de naissance : 13-4-70	
Adresse : 31 Rue Kinitra APPZ Agadir			
Tél. : 0661147604		Total des frais engagés : Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Date de consultation : / /	
Nom et prénom du malade : / /	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> 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 : **Chichani**

Signature de l'adhérent(e) : 

Le : **21/7/22**



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
.....	INP : <input type="text"/>
.....	
.....	
.....	

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
 Mohammed AMAR B.D.R.GISTE 3, Bd. Med. Vt. Mohamed V Tél : 0523 22 11 11	06/07/22	B 140	212,60 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>
				CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
O.D.F PROTHÉSES DENTAIRES	DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE			CŒFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	
D	00000000	00000000	G	
B	35533411	11433553		
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D			G	
B				
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
D			G	
B				
				DATE DE L'EXÉCUTION <input type="text"/>
D			G	
B				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Royaume du Maroc
Forces Armées Royales

Hôpital Militaire
D'instruction Mohamed V



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
المستشفى العسكري الدراسي
محمد الخامس

KHOUY
Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMY - RABAT
INPE : 101224277 ADIL

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOLOGISTE
3, Bd.Med.V - Mohammedia
Tél. : 05 23 30 40 30

- Gaf
- rapport Albumine urinaire sur
Creatinine échantillon.

Médecin Capitaine
Zakaria ILOUGHMANE
Spécialiste en Médecine Aéronautique
CEMPN - HMIMY - RABAT
INPE : 101224277

30-6-2022

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

Dr. M. AMARA

3,Bd Mohammed V - Tél.: 0523.30.40.30 - Fax: 0523.30.43.20

Référence:

20706973

Analyses effectuées le: 06/07/2022

Pour.....: **Mr. KHOUYIBABA ADIL**

Sur prescription du: Dr ILOUGHMANE ZAKARIA

Code.....: 00033983



Organisme.....:

Bilan:

GLY ALB24 CREU

Cotation : (B 140)

Montant Net : 212.60 Dhs

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT DOUZE Dhs 60 Cts

LABORATOIRE AMARA
Dr. M. AMARA
3, Bd.Med.V - Mohammed V
Tél. : 05 23 30 40 30

Mohammed AMARA
Pharmacien biologiste

Diplôme de l'Université de Bruxelles (U.L.B.)
Spécialités : Biochimie - Hématologie
Immunologie - Bactériologie - Mycologie

مختبر اعمارة للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE AMARA D'ANALYSES MEDICALES

rélévement du : 29/06/2022 Heure : 09:19
dition du : 29/06/2022
ode Patient : 00033983
stricule :

Référence 20629T2520 du : 29/06/2022

Mr. KHOUYIBABA ADIL

Médecin: Dr.

BIOCHIMIE EXAMEN DE SANG

Analyses	Résultats	Normes	Antécédents
Glycémie.....	1.47	g/l	(0.70 à 1.10) 1.60 (01/03/22)
Crée.....	0.30	g/l	(0.15 à 0.45)
Créatinine.....	11.6	mg/l	(7.0 à 13.5)
Hémoglobine glyquée.....	6.6	%	(4.0 à 6.5) 8.2 (24/05/22)

LABORATOIRE AMARA
Mohammed AMARA
BIOCHIMIE
1 Bd Med. Y. M'hamed
Tél 05 23 30 41 30