

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-696654

222533



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3428

Société : RATP

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Zizi Mohamed

26/06/56

Date de naissance :

Adresse : 12 Rue Michel Ange Roche

Tél. : 061 331633

Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade : Zizi Mohamed 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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 21/06/22

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| 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 |
| 16/06/2022 | Blac | Goodh | | INP : 0011184071 Secteur social et stomatologique Généraliste Médecin, N°17, Bâtiment 4000 Téléphone : 01 44 40 00 71 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

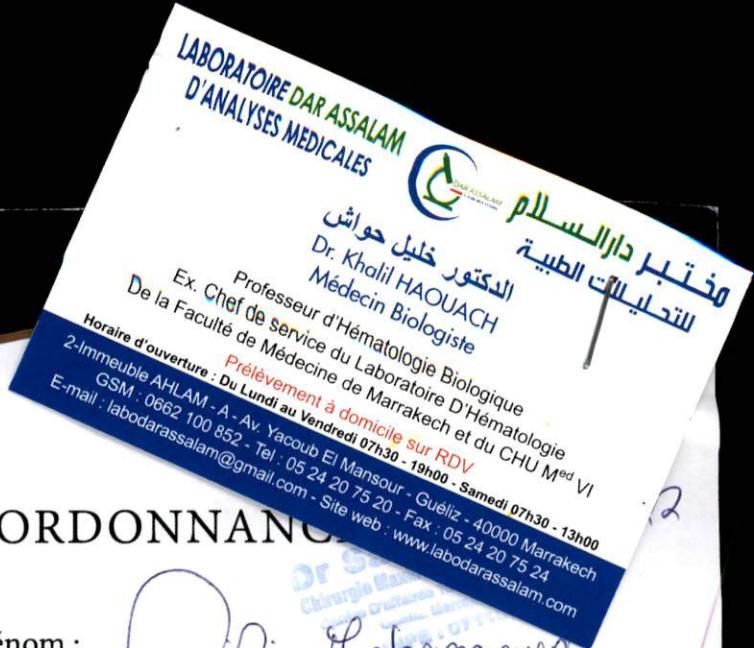
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

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 canalaires, 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="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">G</td> </tr> <tr> <td>25533412 00000000</td> <td>21433552 00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td></td> </tr> </table> | | | H | | D | G | 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | 35533411 | 11433553 | B | | MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> |
| H | | | | | | | | | | | | | | |
| D | G | | | | | | | | | | | | | |
| 25533412 00000000 | 21433552 00000000 | | | | | | | | | | | | | |
| 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | |
| B | | | | | | | | | | | | | | |
| | <p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> | | | DATE DU DEVIS <input type="text"/> | | | | | | | | | | |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/> | | | | | | | | | | |



ORDONNANCE

Nom et prénom :

Q. Q. Hohem mes.



74,90

1) Dapam 500 mg. cp.

1cp x 2/j pendant 8j.

100,00

2) Codolipazine cp.



1cp x 3/j.

39,70

3) Fensline pomme

PHARMACIE MOSQUEE CHRIFFIA

Dr. IHA ISSAM

N° 3, Avenue de l'Amzmiy Chrifia
Marrakech Tél 05 24 38 42 14



~~136,90~~

1 App x 2/j

02 24 38 42 14

Le :

ordonnance

Nom et prénom :

Dr. Mohammed

le 15/06/2022

Patient âgé de 66 ans,
Papazis de l'ongle

Prise le 1er juillet 4B + 1C.

مختبر دار السلام للختللات الطبية
LABORATOIRE DAR ASSALAM
SARL AU
2, Av. Yacoub El Mansour, Marrakech
Tel: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24
GSM: 06 62 10 08 52

Dr. Mohammed

Dr. Mohammed
Centre d'affaire Taleb, n°17, 2ème étage.
Marrakech, Maroc
Téléphone : 07 71 24 07 71

Le :

le 15/06/2022.

ORDONNANCE

Nom et prénom : Compte rendu

opératoire

le 22/06/2022 : rhinoplastie.

- Indication = Poncage collatéral.
- Anesthésie = locale.
- Incision si la lame lyrique, ablation
- Lavage si l'eau oxygénée
- Pansement.

Dr Saâd LAMMITI
Chirurgie Maxillo-faciale et esthétique
Centre médical Renaissance
Gueliz, Marrakech
Dr SAâD LAMMITI

Note d'honoraires

Mle. Mohammed zizi

Nom et prénom du médecin : Dr LAHMITI
Saad

N° de l'INPE : 071184071

N° de l'ICE : 45196342

N° de l'IF : 20742900

- Bloc

Montant global : 600 Dh

Mode de paiement espèces chèque

Signature et cachet



الدكتور خليل حواش
Dr. Khalil HAOUACH
Médecin Biologiste

مختبر دار السلام للتحاليل الطبية

LABORATOIRE DAR ASSALAM D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie
Cytométrie en Flux - Cytogénétique - Biologie moléculaire - Biologie de la procréation

- Professeur d'Hématologie Biologique
- Ex. Chef de Service du Laboratoire d'Hématologie de la faculté de Médecine et de CHU Med VI de Marrakech
- Ex. Professeur Associé à la Faculté de Médecine de Lyon- France

FACTURE: 1642/22

MARRAKECH le
Nom et prénom
Référence
Médecin prescripteur

15/06/2022
ZIZI MOHAMED
22F410
Docteur LAHMITI SAAD

| Acte de biologie demandé | Cotation (B) |
|---|------------------|
| Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C | 100 |
| Total du (B) | B 100 |
| Prise de sang (PC) | 0,00 DH |
| Montant en DH | 100,00 DH |

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT DIRHAMS**

مختبر دار السلام للتحاليل الطبية
LABORATOIRE DAR ASSALAM
SABE-AU
2, AV. YACOUB EL MANSOUR, Marrakech
Tel: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24
Gsm: 06 62 10 08 52

Prélèvement à domicile sur RDV - Horaires d'ouverture : Du lundi au Vendredi 07h30 - 19h00 - Samedi 07h30 - 13h00

2- Immeuble AHLAM - A - Av. Yakoub El Mansour - N° 1 - Guéliz - 40000 Marrakech - GSM : 06 62 100 852 - Tél : 05 24 20 75 20 - Fax : 05 24 20 75 24

E-mail : labodarassalam@gmail.com - site web : www.labodarassalam.com

Patente : 45301179 - IF : 25297829 - CNSS : 1385066 - INPI : 177165678 - ICE : 002105975000075

INPI 072004776



مختبر دار السلام للتحليلات الطبية

LABORATOIRE DAR ASSALAM D'ANALYSES MEDICALES

Biochimie - Hématologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie
Cytométrie en Flux - Cytogénétique - Biologie moléculaire - Biologie de la procréation

- Professeur d'Hématologie Biologique
- Ex. Chef de Service du Laboratoire d'Hématologie de la faculté de Médecine et de CHU Med VI de Marrakech
- Ex. Professeur Associé à la Faculté de Médecine de Lyon- France

الدكتور خليل حواش
Dr. Khalil HAOUACH
Médecin Biologiste

Prélèvement du : 15/06/2022 à 14:18

Résultats édités le: 15/06/2022

Prescripteur: Docteur LAHMITI SAAD

ZIZI MOHAMED

Dossier N° 22F410

Page: 1/1

BIOCHIMIE (TOSOH HPLC)

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 6,00 %

Interprétations

Normal: 3.9% à 6.0%

Diabète équilibré: 6.00% à 7.00%

Diabète déséquilibré: > 7%

N.B: Résultat sous réserve de la vérification de l'identité du malade.

Total de pages: 1

مختبر دار السلام للتحليلات الطبية
LABORATOIRE DAR ASSALAM
2. Av. Yacoub El Mansour,
Guéliz - Marrakech
Tél: 05 24 20 75 20 - Fax: 05 24 20 75 24
Gsm : 06 62 10 08 57

Prélèvement à domicile sur RDV - Horaires d'ouverture : Du lundi au Vendredi 07h30 - 19h00 - Samedi 07h30 - 13h00

2- Immeuble AHLAM - A - Av. Yakoub El Mansour - N° 1 - Guéliz - 40000 Marrakech - GSM : 06 62 100 852 - Tél : 05 24 20 75 20 - Fax : 05 24 20 75 24

E-mail : labodorassalam@gmail.com - site web : www.labodorassalam.com

Patente : 45301179 - IF : 25297829 - CNSS : 1385066 - INPE : 077165678 - ICE : 002105975000075