

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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 330

Société : RAM

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : JABLINE MINA

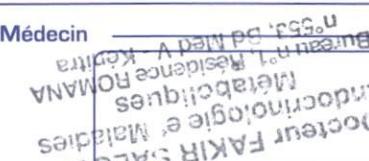
Date de naissance : 01/07/1943

Adresse : 22 rue Fleur, 93, RUE ANTOINE, APP 26
Kem tra

Tél. : 0662 30 86 81 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 14/06/23

Nom et prénom du malade : Jabline Ria Age : 80

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique ALD ALC

Pathologie : Selecti

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 : Kem tra

Le : 15/06/2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0033466

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

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule : 330

Nom de l'adhérent(e) :

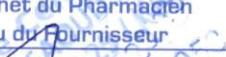
Total des frais engagés :

Date de dépôt :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

| Dates des Actes | Natures des Actes | Nombre et Coefficient | Montant détaillé des Honoraires | Cachet et signature du Médecin traitant le patient et du Cabinet des Actes |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 14/6/23 | CS | 1 | 300 |  |
| 15/6/23 | CS | 1 | 400 |  |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| | | |
|---|----------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|  | 15/06/23 | 301,00 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| <p style="text-align: center;">L'ANNEE 2002</p> <p style="text-align: center;">MEDICALE INVESTIGATION</p> <p style="text-align: center;">Ingenierie Médicale et Radiologique</p> <p style="text-align: center;">16, Avenue de la Chambre des Députés 95373 Levallois-Perret Cedex Tél : 01 45 27 36 00 - Fax : 01 45 27 36 05 e-mail : info@medicale-investigation.com</p> <p style="text-align: center;">Dr M. BONHOMME</p> <p style="text-align: center;">N° 0002077</p> | 14/06/23 | 3180 | 209,50 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

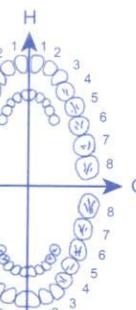
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 | |
|--|----------------|--|---|-------------------------|
|  | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
|  | | | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DEBUT D'EXECUTION |
| | | | | FIN D'EXECUTION |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | | DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B | COEFFICIENT DES TRAVAUX |
| | | [Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | MONTANTS DES SOINS |
| | | | | DATE DU DEVIS |
| | | | | DATE DE L'EXECUTION |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE REVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN AFFECTANT L'EXÉCUTION

Docteur FAKIR SALOUA

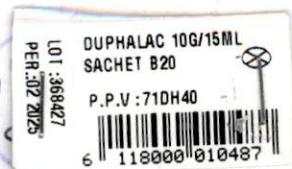
Diplômée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Endocrinologie - Maladies Métaboliques
Diabète - Nutrition
(Obésité - Maigreur - Cholestérol - Goutte)
Maladies de la Glande Thyroïde - Croissance
Maladies des Glandes Sexuelles
Stérilités Hommes et Femmes
Impuissance

الدكتورة سلوى فقير

خريجة كلية الطب ببرسييليا (فرنسا)
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
أمراض السكري والتغذية
أمراض الغدة الدرقية
نحو الأطفال
أمراض الغدد التناسلية
العقم لدى الرجال والنساء
العجز الجنسي

Kénitra le : ١٥/٦/٩٣ القنيطرة في :

A - Jabiline Riva



٧١.٤٠ درهم
-
٢ ساچت دکھر
-
٣٦٧٥ تیودر



Lot: 23106

À utiliser de

préférence avant le: voir Etiquette flacon

PPC: 79,50 DH

8

LOT 23106
PER : 10/10/2024

AMAREL 1MG
CP B30

P.P.V : 51DH10

6 118000 060024

LOT 230392
EXP 03/2026
PPV 28.00DH

PPV:34DH70
PER:04/26
LOT:M1238

Bureau n°53, Dr. Med. V. Kenna
Epidémiologie et Maladies Infectieuses
Centre de Recherche Galilée
Rabat, Maroc
Pharmacie Dr. RENALYESSAOUD
Tel.: 0537 310729

n°53, Dr. Med. V. Kenna
Epidémiologie et Maladies Infectieuses
Centre de Recherche Galilée
Rabat, Maroc
Pharmacie Dr. RENALYESSAOUD
Tel.: 0537 310729

Bol, 50

Docteur FAKIR SALOUA

Diplomée de la Faculté de Médecine
de Marseille (France)
Endocrinologie - Maladies Métaboliques
Diabète - Nutrition
(Obésité - Maigreur - Cholestérol - Goutte)
Maladies de la Glande Thyroïde - Croissance
Maladies des Glandes Sexuelles
Stérilités Hommes et Femmes
Impuissance

الدكتورة سلوى فقير

خريجة كلية الطب بمرسيليا (فرنسا)
اختصاصية في أمراض الغدد والتغذية
أمراض السكري والتغذية
أمراض الغدة الدرقية
نحو الأطفال
أمراض الغدد التناسلية
العقم لدى الرجال والنساء
العجز الجنسي

Kénitra le : ١٦/٦/٢٣ القبطرة في :

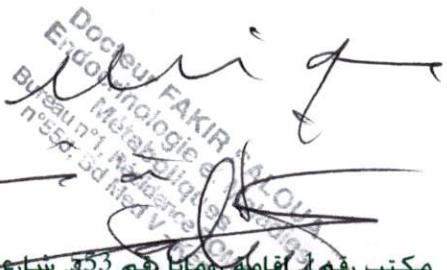
J= Jelaine Nino

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE

MÉDICAL LES MILIMOSAS
3, Angle Av. Med V et Rue Med El Qorri - Kénitra
(en face de la Clinique Les Milimosas)
Tél : 05 37 36 00 45 - Fax : 05 37 36 01 05
E-mail : labomilimosas@gmail.com

A Fairissip

Triglycéride
creatine
urine



العيادة : ٥٣٣، شارع محمد الخامس - القبطرة
05 37 30 73 32
06 19 67 79 90

مكتب رقم ١، إقامة رومانا رقم ٥٣٣، شارع محمد الخامس - القبطرة
Bureau n° 1, Rés. ROMANA n° 553, Bd Méd V - Kénitra

Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale les Mimosas

Dr. M. BOUDHAN - Médecin Biologiste

3, Angle Av. Mohamed V / Rue Med El Qorri - Kénitra 14020

Tél: 0537360015 Fax : 0537360105 / CNSS 7604574 / INP 053002077

Pat.: Pat.20111895

IF.28809027

ICE: 001685411000095

Facture 96297

KENITRA Le : 14/06/2023

Analyses effectuées le: 14/06/2023

Pour.....: **Mme JABLINA MINA**

Sur prescription du : Dr FAKIR SALOUA

Code.....: 4CH4931



Organisme.....: **ASSURANCE**

Bilan:

TRI=B60 CRE=B30 U=B30 AU=B30
GLY=B30

Total : B 180

Montant Net : 209.50 Dh

ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

DEUX CENT NEUF Dhs 50 Cts

LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE
MÉDICALE LES MIMOSAS
3, Angle Av. Med V et Rue Med El Qorri - Kénitra
(en face de la Clinique Les Mimosas)
Tél: 05 37 36 00 15 - Fax : 05 37 36 01 05
E-mail: labo.mimosas@gmail.com



مختبر التحاليلات الطبية ميموزا LABORATOIRE D'ANALYSES DE BIOLOGIE MEDICALE LES MIMOSAS

Docteur M. BOUDHAN
Médecin Biologiste

الدكتورة م. بودهن
طبيبة احیائیة

Prélèvement du : 14/06/2023
Référence : 30614439
Edition du : 14/06/2023



053002077
4CH4931

Patient : **Mme JABLINA MINA**
Médecin: **Dr. FAKIR SALOUA**
ASSURANCE

BIOCHIMIE

Valeurs de référence

| | | | | |
|------------------------|--------------|----------------|----------------------------|-------------------|
| TRIGLYCERIDES..... | 1.60 | g/l mmol/l | < 1.5 | 2.09 (12/05/23) |
| UREE..... | 0.34 | g/l mmol/l | (0.15 à 0.42) | |
| GLYCEMIE (à jeûn)..... | 0.32 | g/l mmol/l | (2.5 à 7.0) | 1.94 (12/05/23) |
| CREATININE..... | 10.57 | mg/l μmol/l | 3.89 à 6.11 | 13.58 (12/05/23) |
| ACIDE URIQUE..... | 25.15 | mg/l μmol/l | (6 à 12) (52.8 à 105.6) | 101.80 (12/05/23) |

Docteur M. B. DHAN
Médecin Veterinaire
LABORATOIRE LES MIMOSAS
3, Angle Al. Med Vét Rue Med El Qorri
TÉL. 05 27 36 00 05 - FAX 05 27 26 00 05