

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.

188623

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 10330	Société : RAN		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	KHATIB
Nom & Prénom : BERDAOUD			
Date de naissance : 22/11/76			
Adresse :			
Tél. : (06)62-12-58-58 Total des frais engagés : 1.734,60			

Cadre réservé au Médecin	
Dr. BEN ABDERRAHMANE NAÏMA PÉDIATRE	
Cachet du médecin : 22 Bd Vierzon 35000 RENNES 4ème Etage, V.P. RENNES C: 05.33.54.11.11 M: 06.88.54.00.00	

Date de consultation : 16/12/23	Nom et prénom du malade : BERDAOUD Fahima Zahra	Age : 47
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfan
Nature de la maladie : MUPRAS		
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 25 DEC 2023		
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'at : M		

J'atteste sur l'honneur l'exhaustivité des renseignements portés sur la présente déclaration. Je avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : **HERIDES** Le : **16/12/23**

Signature de l'adhérent(e) : **P**

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
10/10/2019		5	300,00	INP INPE 131020919
				Dr. BENAYAH PERIN

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourmisseur	Date	Montant de la Facture
	18/12/23	854,60

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 d'explorations.

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"/>
	H 25533412 00000000	G 21433552 00000000	D 00000000 35533411	B 11433553 00000000
				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

VESEA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Flacons buvables

PPV 60,00 Dhs



Vita C1000®

PPV 15DH30

EXP 05/2026

LOT 340318

Vita C1000®

PPV 15DH30

EXP 05/2026

LOT 340318

NEOFORTAN® 40 mg

PPV 40DH00

EXP 03/2026

LOT 2N049 4

EUCARBON®

أوكاربون®

30 comprimés

Voie orale

30 قرصاً

عن طريق الفم

32,00

EUCARBON®

أوكاربون®

30 comprimés

Voie orale

30 قرصاً

عن طريق الفم

32,00

Lot:

4452A

EXP:

04.2027

32,00 DHS

PPV:

Docteur BENAMAR Naima

Diplômée de la faculté de médecine de
Montpellier

PEDIATRE

22,Bd Mohamed V
Résidence Sentissi-MEKNES



الدكتورة بنعمر نعيمة

خريجة كلية الطب بمونبليي

اختصاصية في أمراض الأطفال

22، شارع محمد الخامس إقامة السنترисي
مكناس

Cabinet : 05.35.51.58.58 Domicile : 05.35.52.00.86 GSM : 06.61.20.40.02

Meknès, le

16/12/23



Farh - 2nd

P = 55,24

- ① Dose de vit D₃
- ② fœtithromyc



LABORATOIRE GHERRAS D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. GHERRAS Mustapha

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Toulouse - France



Date du prélèvement : 16/12/2023 à 09h44

Dossier édité le : 16/12/2023

Code Patient : 134979

Âge : 14 ans 4 mois

Prélèvement Effectué au Laboratoire

Page: 1 / 1

Mlle BENDAOUD Fatima Zahra
Référence : 161223 163

VITAMINES

Valeurs de référence

Antécédents

25 HYDROXYVITAMINE D (D2+D3)

Par ARCHITECT ci 4100 (Abbott)

Résultat : 38,7
Soit : 96,8

µg/l
nmol/l

18/11/23 : 24.1

Interprétation :

Carence	: < à 10	µg/l
Insuffisant	: 10 - 30	µg/l
Normal	: 30 - 100	µg/l
Toxicité	: > 100	µg/l

ENDOCRINOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

FERRITINE : 9,6

Par ARCHITECT ci 4100 (ABBOTT)

ng/ml

18/11/2023 : 6.1

Enfants	:	
1 mois - 13 ans	:	20 - 100
14 ans - 17 ans	:	10 - 80

التحليلات الطبية
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. GHERRAS Mustapha
Imm. Khamlich Rue Atlas - V.N
MEKNES - TEL: 05.35.52.30.03

LABORATOIRE GHERRAS D'ANALYSES MÉDICALES

Dr. GHERRAS Mustapha

PHARMACIEN BIOLOGISTE

Diplômé de la Faculté de Toulouse - France



مختبر الغراس للتحاليل الطبية

الدكتور الغراس مصطفى

صيدلي إحيائي

خريج كلية تoulouse (فرنسا)

FACTURE : 204331



MEKNES le 16/12/2023

Nom et Prénom ... : Fatima Zahra BENDAOUD
Prescripteur : Dr. BENAMAR NAIMA

Bilan :

250H B450+ FERR B250+

Total des B : 700
Montant Net : 580,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:
Cinq cent quatre-vingts Dh

Dr GHERRAS MUSTAPHA

الدكتور الغراس مصطفى
LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES
Dr. GHERRAS Mustapha
Imm. Khamlich Rue Atlas - V.N
TÉL : 05 35 52 30 03

الطابق الأول عمارة خمليش شارع محمد الخامس وزنقة الأطلس - مكناس
1^{er} Etage Imm. Khamlich Av. Med V Angle Rue Atlas - MEKNES
Tél. : 0535 52 30 03 - Fax : 0535 51 50 65 - Email : laboratoiregherras@gmail.com
R.C. : 17538/504 - I.F. : 23001560 - Patente : 17108505 - ICE : 001637004000009
RIB : 007 480 00 00402000010935 96

