

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.

MUPRAS :Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

Dos. env. le 05/01/2024

N° W21-776521 par amana.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3218 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre:

Nom & Prénom :

Belfjid Zainab 19985A

Date de naissance :

18/01/54

Adresse :

n° 2215 route 38 Cité Dar El Bey

Tél. : 0661389556

Total des frais engagés : 300,00 Dhs

DR. M. MOUNIR

أمراض النساء والتغذية

Diabetologie

أمراض النساء

Endocrinologie - Nutrition

Diplôme d'Echoigraphie

د.العصري بالطبى

العنف

Tél. : 05 28 84 84 97

Av. Hassan II Imm. Oumili 1er Etage App. 6 - AGADIR

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/01/23

Nom et prénom du malade :

Belfjid Zainab

Age: 69 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Diabète sucre

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 :

Agadir

Le : 28/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W21-776521

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 : 3218
Nom de l'adhérent(e) : Belfjid Zainab
Total des frais engagés : 300,00
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 attestant le Paiement des Actes
28/11/13	C2	Dr. M. MOUNIRI Diabetologia Endocrinologie . Nutrition Diplôme d'Echographie Tél : 05 26 24 84 97 - 05 26 24 84 97 E-mail : ElEchApp.6.Abdelkader@yahoo.fr	3000 DT	INFORMATIQUE 1191057 Echographie Vérité Echographie Vérité 28 84 84 97 - 05 26 24 84 97 mill 1st ElEch App. 6. Abd

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	<u>Montant de la Facture</u>
	
	
	
	
	

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

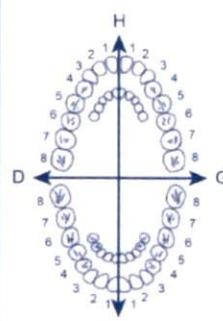
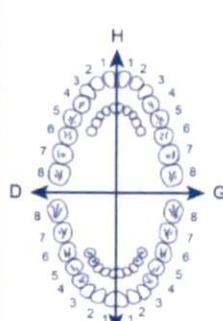
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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'ODDF.

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			
	$ \begin{array}{r} \text{H} \\ 25533412 \quad 21433552 \\ 00000000 \quad 00000000 \\ \hline \text{D} \quad \text{G} \\ 00000000 \quad 00000000 \\ 35533411 \quad 11433553 \\ \hline \text{B} \end{array} $ <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
				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



Le : 28.12.23

NOTE D'HONORAIRE

Je soussigné certifie avoir reçu de : Mme

Beldjida Zaina د. م. منيري

La somme de :

- Pour :
- Consultation
 - Echographie
 - Séance nutrition
 - Soin pied
 - Education thérapeutique
 - Autre

Dr. M. MOUNIRI

Diabétologie

Endocrinologie - Nutrition

Diplôme d'Echographie

Télé : 05 28 84 84 97

Av. Hassan II Imm. Oumil 1er Etage App. 6 - AGADIR

الهاتف : 05 28 84 84 97

Agadir

Dr. M. MOUNIRI

Diabétologie

Endocrinologie - Nutrition

Diplôme d'Echographie

Télé : 05 28 84 84 97

Av. Hassan II Imm. Oumil 1er Etage App. 6 - AGADIR

الهاتف : 05 28 84 84 97

Agadir



DEMANDE D'EXAMENS

Le : 28/12/23

Nom/prénom : Beljidi Zain

Age : 69 ans

RC :

Biochimie :

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie | <input checked="" type="checkbox"/> GPP | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbAc | | | |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Creat | <input type="checkbox"/> A.Urique | |
| <input checked="" type="checkbox"/> ChT | <input checked="" type="checkbox"/> TG | <input checked="" type="checkbox"/> LDL | <input checked="" type="checkbox"/> HDL |

Ionogramme sg :

- NA⁺ K⁺ RA

Hormonologie :

- | | | | |
|----------------|--|---------------------------------------|-----------------------------|
| Thyroïde : | <input type="checkbox"/> TSH | <input type="checkbox"/> T4 | <input type="checkbox"/> T3 |
| | <input type="checkbox"/> ATPO | <input type="checkbox"/> Ac ATG | |
| | <input type="checkbox"/> Ac Anti Récepteur TSH | | |
| | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline | <input type="checkbox"/> Calcitonine | |
| Parathyroïde : | <input type="checkbox"/> PTH | <input type="checkbox"/> VITD3 | |
| | <input type="checkbox"/> Albumine | <input type="checkbox"/> Calcémie | |
| | <input type="checkbox"/> Phosphorémie | <input type="checkbox"/> Calciurie | |
| | <input type="checkbox"/> Phosphaturie | | |
| Gonades : | <input type="checkbox"/> Testostérone | <input type="checkbox"/> D4 AND | |
| | <input type="checkbox"/> 170H Progest | <input type="checkbox"/> SDHAS | |
| | <input type="checkbox"/> Estradiol | <input type="checkbox"/> Progesterone | |
| Hypophyse : | <input type="checkbox"/> FSH | <input type="checkbox"/> LH | |
| | <input type="checkbox"/> GH | <input type="checkbox"/> IGF1 | |
| | <input type="checkbox"/> ACTH | <input type="checkbox"/> Prolactine | |
| Surrenales : | <input type="checkbox"/> Cortisolémie de 8H | | |
| | <input type="checkbox"/> CLU | | |

RDV :

Dr. M. MOUNIRI
Endocrinologie – Nutrition
Echographie
الطباطق الاول شقة رقم 6 عمارةAMIL
العنوان: 6 Immeuble Oumlil Avenue Hassan II - Agadir
الهاتف: 0528 84 84 97 - البريد الإلكتروني: mmouniri@gmail.com

B. Hepatique et Enzymologie :

- | | | |
|---|------------------------------------|-------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> GOT | <input type="checkbox"/> GPT | <input type="checkbox"/> γ GT |
| <input type="checkbox"/> PH ALC | <input type="checkbox"/> PH Acides | |
| <input type="checkbox"/> BL | <input type="checkbox"/> BC | <input type="checkbox"/> BT |

Tests Dynamiques :

- Synacthène Immediat
 S.Retard
 Test TRH
 Autres
.....

B. Infectueux

- CRP ECBU VS
 Hemoculture
 Autres

Hemogramme

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Groupage |
| <input type="checkbox"/> TP | <input type="checkbox"/> TCK |
| <input type="checkbox"/> Ferritinémie | <input type="checkbox"/> Fer Serique |

Autres bilan :

- Microalb 24h
.....

R dw

26. 04. 94

zohuo.