

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

- 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.

M22- 0034534

196172

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1218 Société : RAM / Retraité
 Actif Pensionné(e) Autre : Retraité
 Nom & Prénom : Krim mohamed
 Date de naissance : 01.01.1945
 Adresse : Boîte Postale 440 AGADIR
 prienre poste 80000
 Tél. : 0670423139 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Medecin Capitaine
 YACINE KARMOUCHE
 Service d'Urologie
 Hopital Militaire Avicenne
 Marrakech
 INPE:071291587

Cachet du médecin :  Date de consultation : 20.11.2023

Nom et prénom du malade : Krim mohamed Age : 79

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : VS 40

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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 : 20.11.2023 Le : 20.11.2023

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie M22-0034534

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 : 1218

Nom de l'adhérent(e) Krim mohamed

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 attestant le Paiement des Actes
20/11/23	C	C		<p>Medecin Capitaine YACINE KARMOUCHE Service d'Urologie Hôpital Militaire Avicenne Marrakech</p> <p>INPE:071201587</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE MAFROUH ANALYSES MEDICALES Dr. Samir Mafrouh Marhaba Bd Cheikh Zayd Tél: 0528 820 2150 Fax: 0528 820 4200	21/11/23	B3 MATER	167,10

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				Coefficient des travaux
				Montants des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	$\begin{array}{r} 25533412 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 35533411 \end{array}$	$\begin{array}{r} 21433552 \\ 00000000 \\ \hline 00000000 \\ 11433553 \end{array}$		Coefficient des travaux
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			Montants des soins
				Date du devis
				Date de l'exécution

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

ROYAUME DU MAROC
FORCES ARMEES ROYALES
ETAT MAJOR ZONE SUD
HOPITAL MILITAIRE OUED EDDAHAB
AGADIR



الملكة الغربية
القوات المسلحة الملكية
قادة المنطقة الجنوبيّة
المستشفى العسكري وادي الذهب
أكادير

Kris Mnd
UR. OSSAMA JAL
Service D'urologie
CHU Souss - Massa
INPE 11179520

ÉCBM

LABORATOIRE MATHFUD
DIAGNOSTICS MEDICALS
S.A.M.M. MATHFUD, B.D. Cheikh Saadi
Tél: 0528 820 210 Fax: 0528 820 451
Dr. Samir Mathfud FILALI

DR. SAMUEL M. WEINSTEIN, M.D.
110 EAST 20TH STREET, NEW YORK, N.Y.
TELEGRAMS: "WEINSTEIN"
TELEPHONE: 6-2882
FAX: 212-685-0529
E-MAIL: weinstein@optonline.net

DR. OSSAMA JAL - L
Service D'urologie
CHU Souss - Massa
INPE 11179520

20 NOV. 2023

APAZIDE

Nifuroxazide

®

200

Adultes



16 gélules

Diarrhées infectieuses

Voie orale

b

bottU^{sa}
82, Allée des Casuarinas, Ain Sébaâ - Casablanca
S.Bachouchi - Pharmacien Responsable

Composition :

Nifuroxazide DCI 0,2 g
Excipients q.s.p. une gélule
Excipient à effet notoire :
saccharose



احذر من الجرعات المعددة
respectez les doses prescrites

1901170
11126
M4308



Laboratoire MAHFOUD

Adresse: Bd Chaikh Saadi - AGADIR - Maroc
Tél.: 05.28.82.02.10 - Fax: 05.28.82.04.51 ICE:001169237000027
IF: 75701680 INP: 043000520

Code Patient : 230402
21/11/2023

FACTURE N° 302774

Nom et Prénom ... : Monsieur Mohamed KRIM

Prescripteur ... :

Référence : 211123 034

Analyses cotées à : SEC Dh 0,00+ CBU B117+

Arrêtée la présente facture à la somme de **167,10 Dhs**
Cent soixante sept Dirhams et dix centimes

Dr. Samir MAHFOUD
Biogiste

Dr. Samir MAHFOUD
Biogiste
Bd Chaikh Saadi
Tél: 0528 820 451
Fax: 0528 820 4510
E-mail: Mahfoudsamir@gmail.com
LABORATOIRE MEDICAL MAHFOUD



Code Patient : 230402

Enregistré le : 21/11/23 à 08h33 par:KS

Prélèvé le : 21/11/23 à 08h33

Édité le : 23/11/23 à 10h41

CIN:J4874 PASSEPORT:

DATE DE NAISSANCE:01/01/1947

Monsieur KRIM Mohamed

Référence : 211123 034

Dr.

Page: 1/1

BACTERIOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Uries recueillies au laboratoire.

CARACTERES GENERAUX

Couleur légèrement hématique

Aspect légèrement trouble

dépot moyen

pH.....: 6,0

Sucre.....: Absence

Albumine.....: Présence

Nitrites: Négatif

Cetones: Négatif

Urobilinogène: Négatif

Bilirubine: Négatif

EXAMEN MICROSCOPIQUE

Numération en cellule de Malassez

LEUCOCYTES / ml: 50 000 (N : Inf à 10.000/ml)

HEMATIES / ml: 1 500 000 (N : Inf à 10.000/ml)

Rares Cellules épithéliales

Absence de cristaux

Absence de cylindres

Absence de germes pathogènes.

CULTURES SUR MILIEUX USUELS ET SPECIFIQUES

Cultures négatives après 48 h

Absence de CANDIDA ALBICANS

Résultats validés par Dr Samir MAHFoud FILALI, Biogiste

Dr. Samir Mahfoud FILALI
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi
Tél: 0528 820451
Fax: 0528 820451
LABORATOIRE MEDICALES MAHFoud
DNA TESTS