

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.



Déclaration de Maladie

M22- 0034534

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1218 Société : RAM / Retraite
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : Retraite
 Nom & Prénom : Krim Mohammed
 Date de naissance : 01-01-1945
 Adresse : 3511 Postale 440 AGADIR
 Téléphone : 80000
 Tél. : 0670123439 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 22/11/2023
 Nom et prénom du malade : Krim Mohammed Age : 79
 Lien de parenté : ☒ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : Cancer vs 45
 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 : Agadir 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 Mohammed
 Total des frais engagés :
 Date de dépôt :

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.

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

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

RELEVÉ 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	G		<p>Medecin Capitaine YACINE KARMOUCHE Service d'Urologie Hôpital Militaire Avicenne Marrakech INPE:071291587</p>

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire de Radiologie	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>LABORATOIRE MAHROUD D'ANALYSES MEDICALES F.D.J. Dr. Samir Mahroud FILAL Tél: 0528 820 219 Fax: 0528 820 451</p>	21/11/23	B MARR	167,110

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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.

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				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 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> <div>G</div> </div>			
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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

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



المملكة المغربية
القوات المسلحة الملكية
قيادة المنطقة الجنوبية
المستشفى العسكري وادي الذهب
أكادير

Kiri M d

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

ECBU

LABORATOIRE MAHFOUT
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saadi
Tel.: 0528 820 210
Fax: 0528 820 451
F.D.
Dr. Samir Mahfoud FILALI

LABORATOIRE MAHFOUT
D'ANALYSES MEDICALES
Imm. Marhaba, Bd. Cheikh Saadi
Tel.: 0528 820 210
Fax: 0528 820 451
F.D.
Dr. Samir Mahfoud FILALI

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

20 NOV. 2023

APAZIDE®

Nifuroxazide

Diarrhées infectieuses

Voie orale

b

botu^{sa}

82, Allée des Casuarinas, Ain Sebâa - Casablanca
S. Bachouchi - Pharmacien Responsable

Composition :

Nifuroxazide DCI 0,2 g

Excipients q.s.p. une gélule

Excipient à effet notoire :
saccharose



احفظوا الدواء بعيدا عن الأطفال
RESPECTER LES DOSES PRECISEES

200

Adultes



16 gélules

PPV 190H70
PER 11/26
LOT M4008



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

Biologiste

Dr. Samir MAHFOUD
Imm. Mahnaba, Bd Chaikh Saadi
Tél: 0528 820 210
Fax: 0528 820 451
LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSES MEDICALES
F.D
FILALI



Code Patient : 230402
Enregistré le : 21/11/23 à 08h33 par:KS
Prélèvement le : 21/11/23 à 08h33
Edité 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

Urines 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, Biologiste

Dr. Samir Mahfoud Filali
Imm. Marhaba, Bd. Chaikh Saadi
Tél.: 05 28 82 02 10 / 05 28 84 81 72
LABORATOIRE MAHFOUD
D'ANALYSES MEDICALES
F.D.