

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.

N° W21-778403

202856

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : 20280		Société : RAM	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	MOHAMED
Nom & Prénom : ASSADDIK		Date de naissance : 1950	
Adresse : AP03 IMM17 Lot ASSABAH ASSAOUI RA EL JAD, DA ASSAOUI RA		Tél. : 0699599596	
Total des frais engagés : 270 Dhs			

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
Dr. NAJIM Mohammed Attia Dr. NAJIM Mohammed Attia Médecin prescripteur INPE 07257840	
Date de consultation : 04/10/2024	
Nom et prénom du malade : ASSADDIK MOHAMED	
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : DTZ	
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 : ENNAJAD

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 04/10/2024

VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-778403
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 :	
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 attestant le Paiement des Actes
04/04/2024			100.000	INP : 019112917840 Dr NAWAL MOHAMMED BEN SIDI MOUSSA GENERALISTE 01234567890

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE SNOUSSI Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed 22 quaq. Boumra, Essaouira Al Jadida Codex INPE Tel: 05 24 70 26 95	04/04/2024	310,90

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	19/07/2015	Grag	130 DH

AUXILIAIRES MÉDICAUX BIOLOGISTE MÉDICAL

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

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													
		<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
		H	25533412	21433552												
		D	00000000	00000000												
		B	00000000	00000000												
		G	35533411	11433553												
		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
		DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																

Dr NAJIM Mohamed Amine

Médecine générale

Consultation médicale

Consultation à domicile

Echographie générale

ECG

Suivi de grossesse

Suivi de diabète

Suivi de l'hypertension artérielle

دكتور نجيم محمد أمين

الطب العام

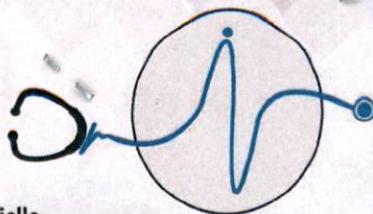
الفحص السريري

الفحص بالصدري

تتبع الحمل

تتبع مرض السكري

تتبع إرتفاع ضغط الدم



Ordonnance médicale

le 09.04.2024

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziquaq Roumane Essaouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

Assiduili Mohammed

$$43,30 \times 3 = 129,90$$

1) Aspirine 80



$$36,20 \times 5 = 181,00$$

2) Bellamid



Total: 310,90

Dr. NAJIM Mohammed Amine
Médecin généraliste
INPE: 071297840

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziquaq Roumane Essaouira Al Jadida
Tel: 05 24 79 26 95

06 . 38 . 37 . 56 . 55

07 . 09 . 75 . 42 . 21

Drnajimohamedamine@gmail.com



Appartement n°01 Immeuble 21A (RDC) , Essaouira Al Jadida - Ghazoua

LOT 22002
PER 06/27
PPV 36DH2

BENCLAMID
60 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240150

LOT 22002
PER 06/27
PPV 36DH2

BENCLAMID
60 comprimés 5 mg
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240150

36,20

BENCLAMID
60 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240150

36,20

BENCLAMID
60 comprimés
PROMOPHARM S.A.



6 118000 240150

ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés



6 118000 092469

43,30

ADO® 1g.
Boîte de 90 comprimés pelliculés



6 118000 092469

43,30

43,30

Dr NAJIM Mohamed Amine
Médecine générale

Consultation médicale et à domicile

Echographie générale

ECG

Suivi de grossesse

Suivi de diabète et HTA

Certificat médical pour permis de conduire



دكتور نجيم محمد أمين
الطب العام

الفحص السريري

الفحص بالصدري

تتبع الحمل

تتبع مرض السكري

تتبع إرتفاع ضغط الدم

طبيب مرخص لتسليم الشواهد الطبية

الخاصة برخصة السيارة

Ordonnance médicale

Dr NAJIM Mohamed Amine
Médecin généraliste
INPE: 072297840

M. Raouid Siddiki

Dr. ABDELKRAM EL KHATARI
D'ANALYSES MEDICALES
237, Rue Oued El Makha, n°
Bab Doukkala - Essaouira
Tél/Fax: 05 24 47 49 00

- H2A1e
- GTS

Dr. NAJIM Mohammed Amine
Médecin généraliste
INPE: 072297840

06 . 38 . 37 . 56 . 55
07 . 09 . 75 . 42 . 21

Drnajimohamedamine@gmail.com



Apparemment n°01 Immeuble 21A (RDC) , Essaouira Al Jadida - Ghazoua



INPE: 073061772

FACTURE N° 6260/24

ESSAOUIRA Le:

04/04/2024

Nom et prénom

MR ASSIDDIKI MOHAMED

Référence

20A3160

Médecin prescripteur

Docteur NAJIM MOHAMED AMINE

Code	Acte de biologie demandé	Cotation (B)
B118	GLYCEMIE À JEUN	30
B119	Hb GLYCOSYLEE HBA1C:	100
Total du (B)		B 130
Prise de sang (PC)		0,00 DH
Montant en DH		130,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: CENT TRENTE DIRHAMS

LABORATOIRE ABDELKrim
EL KHATABI D'ANALYSES
MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab
Dukkala Essaouira - 0524474800

IF: 89919270 -- ICE: 002016666000095 -- INPE: 073061772

Prélèvement du : 04/04/2024 à 09:18



Résultats édités le: 04/04/2024

Prescripteur: Docteur NAJIM MOHAMED AMINE

MR ASSIDDIKI MOHAMED

Dossier N° 20A3160

DN: 01/01/1950 (74 ans)

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate Konelab)

GLYCEMIE. À JEUN: 1,35 g/l (*) 0,70 à 1,10 g/l
(Colorimétrie enzymatique) 7,51 mmol/l 3,89 à 6,12 mmol/l

Antécédent du 28/12/23 - 08:08 : 1,30 g/l

Hb GLYCOSYLEE: 7,70 %
Antécédent du 28/12/23 - 08:08 : 7,90 %

Interprétation

Diabétique : V.N : (6,7 à 7,3)
Non diabétique : V.N : (4,4 à 6,7)

Total de pages: 1



LABO. ABDELKrim EL KHATABI
D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab Dukkala Essaouira
Tél/Fax 05 24 47 88 62

Partie réservée à l'adhérent (e) ou ayant droit

Nom et prénom : **ASSADDIKI MOHAMED**

Matricule : **0002080** N° CIN : **B400252**

Adresse : **AP03 IMM47 LDT ASSABAH ASSOURA ELJADIDA ASSAOUIRA**

Bénéficiaire de soins : Adhérent Conjoint Enfant

Partie réservée au médecin traitant

Je soussigne : Spécialité :

N° ICE : **0031.22.60.90.00.14** N° INPE : **071297840**

Certifie que Mlle, Mme, M. : **ASSADDIKI, mohamed**

Nécessitant un traitement d'une durée : < 3 mois Entre 3 et 6 mois A vie

Arguments cliniques et résultats des examens complémentaires récents justifiant le diagnostic et traitement :

- H3Nc, RT - CTI A.85 à 04/04/2024

Dont ci-joint ordonnance :

Traitements prescrits : **100 mg 1-1-1**

Reclame 1-1-1

Je déclare les informations ci-dessus sincères et véritables

Fait à : **Ennoui** le **04/04/2024**

Cachet et signature du médecin traitant :

Dr NAJIM Mohammed Amine

0522-22-78-15

Médecin généraliste

INPE : 071297840

*Cette déclaration est renouvelable une fois

En application de la loi 08-09 relative à la protection des données à caractère personnel, MUPRAS garantie la confidentialité des informations communiquées

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2024/04/04 11:58

TOSOH CORPORATION - V05.29
NO: 0002 SL 0001 - 02
ID: 20240404010
CAL(N) 1.1330X + 0.6554

TP 754

NAME	%	TIME	AREA
Hb	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.23	3.03
A1B	1.1	0.27	8.20
F	0.4	0.42	2.78
A1C+	2.4	0.50	17.84
CA1C	7.7	0.62	45.53
A0	89.4	0.85	655.97
TOTAL AREA			733.35

HbA1C 7.7%

IFCC 61 mmol/mol

