

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.

Biologie 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.

Éducation :

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.

Maladie :

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

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

N° P19-0037593

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 06937 Société :

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : ESSAKAN Mostafa

Date de naissance :

Adresse : habituelle

Tél. : 96 62 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Le : 23 / 09 / 2019

Signature de l'adhérent(e) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-037593

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 :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES				
<p>SOINS DENTAIRES</p> <p>Centre Traites</p> <p>Nature des soins</p> <p>Coefficient</p> <p>Coefficient des</p> <p>Montant des soins</p> <p>Début d'exécution</p> <p>Fin d'exécution</p>				
<p>O.D.F. Prothèses dentaires</p> <p>Détermination du coefficient masticatoire</p> <p>Coefficient des travaux</p> <p>Montant des soins</p> <p>Date du devis</p> <p>Fin de</p>				
<p>VOLET ADHERENT</p> <p>NOM :</p> <p>Mle</p> <p>DECLARATION N°</p> <p>W18-146772</p> <p>Date de Dépôt</p> <p>Montant engagé</p> <p>Nbre de pièces jointes</p> <p>Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois</p> <p>Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle</p>				

W18-146772		DATE DE DEPOT	
<p>A REMPLIR PAR L'ADHERENT</p> <p>Mle</p> <p>Nom & Prénom</p> <p>Fonction</p> <p>Phones</p> <p>Mail</p>			
<p>MEDECIN</p> <p>Prénom du patient</p> <p>Adhérent <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/></p> <p>Age</p> <p>Date</p> <p>Nature de la maladie</p> <p>Date 1ère visite</p>			
<p>S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances</p>			
<p>Nature des actes</p> <p>Nbre de Coefficient</p> <p>Montant détaillé des honoraires</p>		<p>Co</p> <p>20,00</p>	
<p>PHARMACIE</p> <p>Date</p> <p>Montant de la facture</p>		<p>EXAMEN</p> <p>LABORATOIRE</p> <p>Pharmacie</p> <p>Centre de la Prothèse</p> <p>Place de la Prothèse</p> <p>Tel. : 06 22 80 96 12</p>	
<p>ANALYSES - RADIOGRAPHIES</p> <p>Date</p> <p>Désignation des Coefficients</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>		<p>17/10/99</p> <p>1500</p> <p>1500</p>	
<p>AUXILIAIRES MEDICAUX</p> <p>Date</p> <p>Nombre</p> <p>AM</p> <p>PC</p> <p>IM</p> <p>IV</p> <p>Montant détaillé des Honoraires</p>			

Docteur Berrada Gouzi Hicham

Ancien médecin attaché aux hôpitaux de France

Médecin du sommeil - Diabétologue - Nutritionniste

Membre des sociétés françaises du sommeil (SFRMS),
du diabète (SFD), de nutrition (SFN) et d'obésité (AFERO)

- Diabète de l'enfant, de l'adulte et de la grossesse
- Cholestérol - Triglycérides - Goutte
- Nutrition des maladies chroniques - Rééducation alimentaire
- Régimes - Prise en charge du surpoids et de l'obésité (Enfants - Adultes)
- Insomnies - Apnées - Polysomnographie du sommeil

الدكتور بركة أوزي هشام

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

طب النوم - داء السكري - التغذية

عضو الجمعيات الفرنسية لأمراض النوم،
لداء السكري، للتغذية والسمنة.

- داء السكري : الأطفال - الكبار والمرأة الحامل
- الكوليستيرول - الدهون الثلاثية - النقرس
- تغذية الأمراض المزمنة - التربية الغذائية
- برامج لإنخفاض الوزن (للأطفال والكبار)
- الأرق واضطرابات النوم - تسجيل النوم

Casablanca le :

16/09/19

7^{me} *Chang* *Feltrina*

A revoir le :

1 - *Nigam Jr*

2 - *Bouja itane C* x 2 units

1 *1/1*

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham
Stamany
Diabète - Nutrition - Obésité - Maladies du Sommeil
45, Bd Mohamed Bouziane Rés. Farhatine
5ème Etage - Casablanca - Tel : 05 22 56 37 38

Docteur Berrada Gouzi Hicham

Ancien médecin attaché aux hôpitaux de France

Médecin du sommeil – Diabétologue – Nutritionniste

Membre des sociétés françaises du sommeil (SFRMS),
du diabète (SFD), de nutrition (SFN) et d'obésité (AFERO)

- Diabète de l'enfant, de l'adulte et de la grossesse
- Cholestérol – Triglycérides – Goutte
- Nutrition des maladies chroniques – Rééducation alimentaire
- Régimes – Prise en charge du surpoids et de l'obésité (Enfants - Adultes)
- Insomnies – Apnées – Polysomnographie du sommeil

الدكتور برادة غوزي هشام

طبيب سابق بمستشفيات فرنسا

طب النوم - داء السكري - التغذية

عضو الجمعيات الفرنسية لأمراض النوم،
لداء السكري، للتغذية والسمنة.

- داء السكري : الأطفال - الكبار والمرأة الحامل
- الكوليستيرول - الدهون الثلاثية - النقرس
- تغذية الأمراض المزمنة - التربية الغذائية
- برامج لإنخفاض الوزن (للأطفال والكبار)
- الأرق واضطرابات النوم - تسجيل النوم

Casablanca le :

16/09/19

Dr. Berrada

Chamy

Felhoung

A revoir le :

- Ferstine

- NPS + H + fester d'urgence

- HbA1c + GDS

EXAMINÉ
LABORATOIRE
Pharmacie
Centre Médical 514
Place de la Poste - 20100 - Casablanca
Tél : 05 22 56 37 38

Dr. BERRADA GOUZI Mohamed Hicham
Diabète - Nutrition - Obésité - Maladies du Sommeil
45, Bd Mohamed Bouziane Rés. Farhatine 1
5ème Etage - Casablanca - Tél. : 05 22 56 37 38

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES

EXAMED

LABORATOIRE

S.A.R.L. au Capital de 100.000,00 Dhs - R.C. 121337 - Patente : 32740051 - Ident. Fiscal : 2821353 - ICE : 000079511000007
Centre Médical Sidi-Othman, Av. 10 Mars, Place de la Prefecture, Sidi Othman - CASA - Tél.: 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Taoufik LOUANJLI

Pharmacien-Biologiste

N° 1909184

DIS Biologie Médicale

Biologie de la Reproduction

Ancien Interne des Hôpitaux de Bordeaux.

Nom/Prénom : **Madame CHAMS Fettouma**

Casablanca le :17/09/2019

Medecin : **Dr BERRADA**

Analyses	Clé	Cotation
FERRITINE	B	200
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE	B	100
GLYCEMIE A JEUN	B	20
Numeration Formule Sanguine	B	65
Montant en Dhs:		450.00

Arrêtée la présente facture à la somme de: Quatre Cent Cinquante Dirhams

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJLI
Pharmacien-Biologiste
Centre Médical Sidi Othman Av. 10 Mars
Place de la Prefecture - Sidi Othman - Casablanca
Tél. : 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Code Patient : 373862
Date du prélèvement : 17/09/19
Dossier édité le : 17/09/2019

Madame Fettouma CHAMS
Référence : **170919 524**
Dr. BERRADA

Page: 2/2

BIOCHIMIE

		Valeurs de référence	Antécédents
GLYCEMIE A JEUN	: 1,09	g/l (0,70 à 1,10)	
	ou : 6,05	mmol/l (3,88 à 6,12)	

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1C) ... : 5,10 %
(Par Technique HPLC, Selon le DCCT/NGSP)

-L'hémoglobine glyquée d'un sujet normal ou d'un
diabétique équilibré se situe entre 4,2 et 6,5%.
-L'hémoglobine glyquée d'un sujet diabétique non
traité ou non équilibré est supérieure à 8,5%.

FERRITINE : **26,7** ng/mL (13 à 150)

EXAMED
LABORATOIRE
Taoufik LOUANJLI
Pharmacien - Biologiste
Centre Médical Sidi Othman, Av. 10 Mars
Place de la Prefecture - Sidi Othmane - Casablanca
Tel. : 05 22 59 95 95 - Fax : 05 22 59 95 96

Biologiste

Code Patient : 373862
Date du prélèvement : 17/09/19
Dossier édité le : 17/09/2019

Madame Fettouma CHAMS
Référence : 170919 524
Dr. BERRADA

Page: 1/2

HEMATOLOGIE

Valeurs de référence

Antécédents

HEMOGRAMME

SYSMEX XT-2000i

GLOBULES ROUGES	: 4,65	M/mm ³	(4,0 à 5,3)
HEMOGLOBINE	: 13,8	g/dL	(12 à 16)
HEMATOCRITE	: 40	%	(37 à 46)
V.G.M	: 86	u ³	(80 à 95)
T.C.M.H	: 30	pg	(28 à 32)
C.C.M.H	: 35	g/dL	(30 à 35)

GLOBULES BLANCS	: 5 380	/mm ³	(4 000 à 10 000)
-----------------	---------	------------------	------------------

FORMULE LEUCOCYTAIRE :

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES	: 59	%	(40 à 75)
Soit	: 3 174	/mm ³	(2000 à 7500)

LYMPHOCYTES	: 31	%	(20 à 45)
Soit	: 1 668	/mm ³	(1500 à 4000)

MONOCYTES	: 9	%	(3 à 11)
Soit	: 484	/mm ³	(120 à 1100)

POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES	: 1	%	(0 à 4)
Soit	: 54	/mm ³	(40 à 300)

POLYNUCLEAIRES BASOPHILES	: 0	%	(0 à 1)
Soit	: 0	/mm ³	(0 à 100)

PLAQUETTES	: 234 000		(150 000 à 400 000)
------------	-----------	--	---------------------

COMMENTAIRES :

La formule leucocytaire est contrôlée sur frottis sanguin.