

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR OBTENIR LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie 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.

ique :

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.

ntaire :

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.

adie 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

Déclaration de Maladie : N° S19-0018399

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent [e]

Matricule : **3555** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **RIMA MILouda** Date de naissance : **01/01/1985**

Adresse :

Tél. : **06 72 46 79 60** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : /

Nom et prénom du malade : **RIMA MILouda** Age :

Lien de parenté :

Lui-même

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 :

Signature de l'adhérent(e) :

Le :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient
DROITE	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21			
GAUCHE	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			
HAUT	11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21			
BAS	22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32			

O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire		
		H	25533412 21433552	
D	00000000	G	00000000	
	00000000		00000000	
	35533411		11433553	
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession				

VOLET ADHERENT NOM : Mle

DECLARATION N° W18-376601

Date de Dépôt Montant engagé Nbre de pièces Jointes

Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois

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



W18-376601

DATE DE DEPOT

..... //201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Mle 35 55

Nom & Prénom

Fonction :

Mail :

MEDECIN

Prénom du patient

Adhérent

Conjoint

Enfant

Age : 46 1983

Date 1ère visite

Nature de la maladie

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances

Nature des actes

Nbre de Coefficient

Montant détaillé des honoraires

PHARMACIE

Date : 19/08/19

Montant de la facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Date : 04/09/19

Désignation des Coefficients

Montant détaillé des Honoraires

8410X 1.34

560,00

AUXiliaires MEDICAUX

Date :

Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

LABO Dr Yassine

Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE

Rue de Fes - Mohammedia

Té : 05 23 32 34 60/Fax : 05 23 32 64 01

DOCTEUR BITAR Abdellatif
Medecina Generale
321 Bd. Polyvalente Riad 2. M. Alia
Tél. 03 23 32 02 02/GSM 06 55 86 90 86

Pharmacie Al-Jacka
Dr AMRANI Hassan
Lot Grimaldi 7 B. 100 10020
Tél. 05 23 31 11 92

Dr. BITAR Abdelhafid

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé
(Chabab) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطرار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابق بالمركز الصحي
(الشباب) العالمية - المحمدية

D.U en Diabetologie
Mohammedia, le

19/8/19

المحمدية، في

Rihwa Mihni

510
9

Tangamil 500

34,40
9

500
310
Mofthium 9

85,40

مكمل
Pharmacie Nakkha
Dr. AMGANI marrakech
Lot G101 - 43390 Mohammedia
Tel: 05 23 31 71 92

Docteur BITAR. Ab
Medecine Générale
321, Bd Palestine Riad
Mohammedia
Tel: 05 23 32 02 02 / GSM:

728860
Tangamil® 500 mg
تاجانيل® 500 ملغم
30 comprimés -
VTE: MA - RPV: 51DHH00
30 قرص -
6 118001183340



34,40

Dr. BITAR Abdelhafid

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé
(Chabab) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابق بالمركز الصحي
(الشباب) العالمية - المحمدية

Mohammedia, le

19 8 - 19

المحمدية، في

Reimam Am'ra La

LABO 744 Yassine
Dr. BOUTALEB BIOLOGISTE
Rue de Fes - Mohammedia
Tél: 05 23 32 34 60 Fax: 05 23 32 64 01

HIV
CR

cholesterol

Tripionan

lipoforge

Cr + D2 103

Docteur BITAR. Abdelhafid
Medecine Générale
321, Bd. Palestine Riad 2, El Alia
Mohammedia 06 65 86 90 86

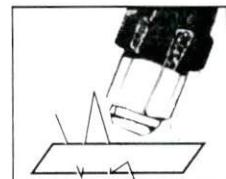
Tél 05 23 32 02 02 / GSM 06 65 86 90 86

321، شارع فلسطين - رياض 2 - العالمية - المحمدية - الهاتف : 05 23 32 02 02

321, Boulevard Palestine - Riad 2 - El Alia - Mohammedia - Tél. : 05 23 32 02 02 / 06 65 86 90 86

د عبد الواحد بوطالب
Dr. A. BOUTALEB
Pharmacien Biologiste
Diplômé de la Faculté de Marseille
C.E.S de Biochimie Clinique
C.E.S d'Immunologie Sérologie
Ancien Chef de Laboratoire d'Hématologie
à l'Hôpital Militaire de Rabat

INPE : 093001816



مختبر ابن ياسين

Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية

Facture n° 41543

INPE: 093001816 ICE: 001644349000059 Patente : 39403860 IF : 54507300

MOHAMMEDIA LE : 04/09/2019

Analyses effectuées le: 04/09/2019

Pour.....: Mme RIMA MILOUDA

Sur préscription du: Dr BITAR

Code.....: 1H11833



EXAMENS EFFECTUÉS :

CT HDL LDL TRIGL VITD

Cotation : (B 410)

Montant Net : 560.00 **Dh**

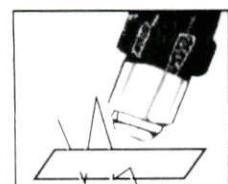
ARRETEE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

CINQ CENT SOIXANTE Dhs 00 Cts

LABO Ibn Yassine
Dr. BOUTALEB BILOGISTE
Rue de Fès - Mohammedia
Tél: 05 23 32 34 60 / Fax: 05 23 32 64 01

INPE : 093001816

مختبر ابن ياسين



Laboratoire Ibn Yassine

Analyses Médicales تحليلات طبية



1HI1833

Référence : 90904266

04/09/2019

Prélèvement du : 04/09/2019

Mme RIMA MILOUDA

Médecin: Dr. BITAR

EXAMENS DE SANG IMMUNOLOGIE

Analyses

Résultats

Normes

Antécédents

Vitamine D-25-hydroxy-vitamine D-D2+D3
 (Minividat-chimiluminescence)

Résultat..... : **36.6** µg/l 11.6 (29/03/18)

Les données de la littérature actuelle suggèrent les intervalles suivants:

< à 5 µg/l : déficit profond
 5 à 10 µg/l : déficit modéré
 10 à 30 µg/l: niveau insuffisant
 30 à 80 µg/l: niveau suffisant
 > à 100 µg/l: toxicité

BIOCHIMIE

Cholestérol Total.....: **2.58** g/l (1.50-2.20) 2.50 (29/03/18)

Cholestérol H.D.L.....: **0.67** g/l (supp à 0.40) 0.67 (29/03/18)
 1.73 mmol/l (0.9-1.68)

Cholestérol L.D.L..... : **1.64** g/l 1.51 (29/03/18)
 Soit.....: 4.23 mmol/l

Selon l'Afssaps le taux de LDL s'interprète en fonction de l'état cardiovasculaire du patient et des facteurs de risque:

*antécédents familiaux *tabagisme
 *HTA *diabète type 2
 *HDL < 0.40 g/l *âge

Seuil du LDL TOLERE:

2.20 g/l:sans facteur de risque
 1.90 g/l:avec 1 facteur de risque
 1.60 g/l:avec 2 facteurs de risque
 1.30 g/l:avec plus de 2 facteurs de risque
 1.0 g/l:ATCD de maladie coronaire,vasculaire,certains diabétiques

Triglycérides..... : **1.38** g/l (0.5-1.50) 1.64 (29/05/18)
 Soit.....: 1.57 mmol/l (0.57-1.71)

