

## 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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

### 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 une fois par an.

### 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



## Déclaration de Maladie

W21-835001

198697

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : M407 Société : D=AL MR MAROC

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : .....

Nom & Prénom : NAHILA KHALID

Date de naissance : 02/12/1974

Adresse : CASA 31 ANA

Tél : 066767259 Total des frais engagés : 263,00 DA Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 2/01/2024

Nom et prénom du malade : AZOUHA SPADIA Age : .....

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

Nature de la maladie : .....

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 : CASA Le : 02/01/2024

Sinature de l'adhérent : [Signature]

PR4FR03/V2/20-10-2023

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<b>JOULAB</b> Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. Jawad TARIK 5 Bloc 16 Au Joulane - Sidi Othmane Casablanca. Tel.: 0522 380 530	03/01/20	B230	263,000

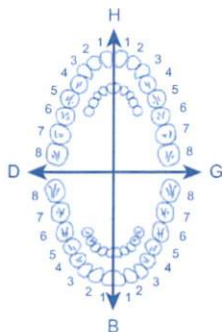
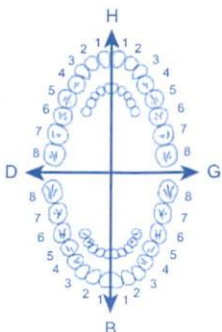
AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....
	.....					.....

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX																								
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> <th colspan="2">G</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <th colspan="2">D</th> <th colspan="2">B</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				H		G		25533412	21433552			00000000	00000000			D		B		00000000	00000000			35533411	11433553			<input type="text"/>
	H		G																										
	25533412	21433552																											
	00000000	00000000																											
	D		B																										
	00000000	00000000																											
	35533411	11433553																											
					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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. Rafia KHARKHOUR**

**Gynécologie - Obstétrique**



**د. رفيعه خرخور**

**أخصائية في أمراض النساء والولادة**

02/01/2024

AZOUARA SAADIA

*Al. T. N. I. O. S. S. I. V. A. N.*  
*CRP* ✓ S

**JOULAB**  
5 Bloc 16 Avenue Joulane  
Sidi Othmane, Casablanca  
Tel: 05 22 38 05 30

**Dr. RAFIA KHARKHOUR**  
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique  
129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Cité Djemâa  
Casa - Tél: 05 22 56 46 99 - GSM: 06 62 16 45 28  
CE: 001631180000020 - INPE: 091046243

**Tél : 0522 56 46 99**

**En cas d'urgence GSM : 06 62 16 45 28**

**129 شارع 6 نوفمبر 1975 الطابق الأول قرية الجماعة الدار البيضاء**  
**129, Avenue 6 Novembre 1975 - 1<sup>er</sup> Etage Cité Djemâa - Casa**  
**ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243**





FACTURE N° : 240100218

INPE : 093001642  
ICE : 001689421000077

Casablanca le 03-01-2024

Patient : Mme AZOUARA Saadia

Médecin : Dr KHARKHOUR RAFIA

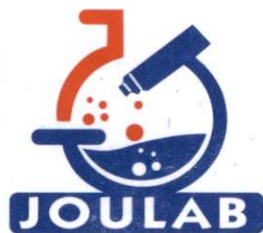
Récapitulatif des analyses		
CN	Analyse	Clé
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E10
0223	Vitesse de sédimentation	B30
0118	Glycémie	B30
0118	Glycémie	B30
0370	CRP (Protéine C réactive)	B100
	TITRE O'SULLIVAN	B40

Total des B : 230

TOTAL DOSSIER : 263 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : deux cent soixante-trois dirhams .

**JOULAB**  
Laboratoire d'Analyses Médicales  
Dr. Jawad TARIK  
5 Bloc 16 Av Joulane - Sidi Othmane  
Casablanca, Tél.: 0522 330 530



Date du prélèvement : 03-01-2024 à 07:40  
Code patient : 20240103042  
Né(e) le : 20-11-1987 (36 ans)

Mme AZOUARA Saadia  
Dossier N° : 20240103042  
Prescripteur : Dr KHARKHOUR RAFIA



## HEMATOCYTOLOGIE

### VITESSE DE SEDIMENTATION

1ère Heure	64 mm	(<15)
2ème Heure	102 mm	(<20)

## BIOCHIMIE SANGUINE

### TEST O'SULLIVAN ( 50 g de glucose )

(Dépistage du diabète gestationnel)

#### GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Hémokinase-G6PDH)

0.92 g/L	(0.70-1.10)
5.11 mmol/L	(3.89-6.11)

#### Consensus:

Taux Normal :

0.70 à 1.10 g/L

Diminution de la tolérance au glucose :

1.10 à 1.26 g/L

DIABETE :

> 1.26 g/L

(observé sur 2 prélèvements distincts)

#### GLYCEMIE à 60 min

(Méthode Hémokinase-G6PDH)

1.16 g/L
6.44 mmol/L

#### Recommandations chez la femme enceinte :

- Glycémie à T0 : < 0,92 g/l
- Glycémie à T+60 : < 1,30 g/l

#### C.R.P

(Méthode Immuno-turbidimétrique)

24.5 mg/L	(<5.0)
-----------	--------

**JOULAB**  
5 Bloc 16 Avenue Joulane  
Sidi Othmane - Casablanca  
Tel: 05 22 38 05 30