

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 canalaire, 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 canalaire.

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

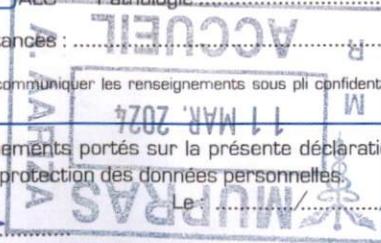
- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Réclamation | : contact@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Prise en charge | : pec@mupras.com |
| <input type="checkbox"/> Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>11407</u>		Société : <u>DRAAL AIR MAROC</u>	
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>NAHLA KHALID</u>			
Date de naissance : <u>02/12/1974</u>			
Adresse : <u>CASA 21 AV. CA</u>			
Tél. : <u>066 677 513</u>		Total des frais engagés : <u>963,00 Dhs</u>	

Autorisation CNPD N° : A-A-215 /2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>21/01/2024</u>			
Nom et prénom du malade : <u>AZOUAKHA SPADIA</u> Age :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
Affection longue durée ou chronique : <input type="checkbox"/> ALD <input type="checkbox"/> 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 : <u>LA</u>	Le <u>11 MAR 2024</u>		
Signature de l'adhérent			



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

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
JOLLAB Laboratoire d'Analyses Médicales Dr. Jawad TARIK 5 Bloc 16 Av Joulane - Sidi Othmane Casablanca. Tel.: 0522 380 530	03/01/2014	B230	2630000

AUXILIAIRES MEDICAUX

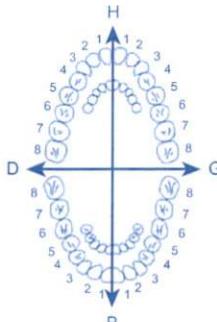
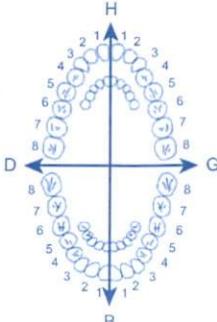
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

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	Montant des Honoraires																		
				COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]																		
				MONTANTS DES SOINS [Empty box]																		
				DEBUT D'EXECUTION [Empty box]																		
				FIN D'EXECUTION [Empty box]																		
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX [Empty box]																		
	<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: right;">H</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">25533412</td> <td style="text-align: left;">21433552</td> </tr> <tr> <td></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">D</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">00000000</td> <td style="text-align: left;">00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">B</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">G</td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;"></td> <td style="text-align: left;"></td> </tr> </table>			H	25533412	21433552		00000000	00000000	D	00000000	00000000		35533411	11433553	B			G			MONTANTS DES SOINS [Empty box]
H	25533412	21433552																				
	00000000	00000000																				
D	00000000	00000000																				
	35533411	11433553																				
B																						
G																						
	<p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			DATE DU DEVIS [Empty box]																		
				DATE DE L'EXECUTION [Empty box]																		
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS																						
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION																						

Dr. Rafia KHARKHOUR

Gynécologie - Obstétrique



د. رفيعة خرخور

أخصائية في أمراض النساء والولادة

02/01/2024

AZOUARA SAADIA

R. T.M. Diogulian
o 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^{er} Etage Cité Djemâa
Casa - Tel: 05 22 56 46 99 - GSM: 06 62 16 45 28
ICE : 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^{er} Etage Cité Djemâa - Casa
ICE : 001631180000020 - INPE : 091046243

الدكتور طارق جواد
Dr. TARIK Jawad
Médecin Biologiste



مختبر التحاليلات الطبية جو لاب
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES JOULAB

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) TITRE O'SULLIVAN	B100 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 38 05 30*

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	0.92 g/L	(0.70-1.10)
(Méthode Héxokinase-G6PDH)	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	1.16 g/L	
(Méthode Héxokinase-G6PDH)	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	24.5 mg/L	(<5.0)
(Méthode Immuno-turbidimétrique)		

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