

# ECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR VÉRIFIER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## Conditions générales :

Le nom et l'adresse réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le nom et l'adresse 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.

La demande préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, interventions 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.

## Facture :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

En cas de médicaments sans vignettes, une facture de la pharmacie doit être jointe.

## Facture 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.

Le pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

## Facture :

La facture du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

## Facture et Facture :

La demande préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de vaccinations.

La facture, la remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

## Facture :

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.

Le radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaires.

## Facture 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

Communication : contact@mupras.com  
Médecin 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.

Siège social : 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° W19-521068

95923

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

1327

Code réservé à l'adhérent (e)

Société :

Matricule :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ELASLY Mohamed

Date de naissance :

Adresse :

CAS

06 6737 5770

Tél. :

Total des frais engagés :

1249,80

Dhs

## Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr Nour-eddine ESSEKKAT  
Omnipraticien - Echographie Clinique  
DIU en Diabétologie - Nutrition  
Tel: C: (05 22) 81.78.78 - Casablanca

Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

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 : 16/04/2020

## VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie

N° W19-521068

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 : 1327  
Nom de l'adhérent(e) : ELASLY  
Total des frais engagés : 1249,80  
Date de dépôt :

## RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

les i	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
160	G		G	INP : LLL Dr. J. M. L. 100 Généraliste D.U. en 100 Tat Chien 21/03 ASPKKA Chaque
2020	G		200 ~	

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Net du Pharmacien du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
ACIE EL RITA 31.05.2012 Chorégo 07/05/2012 28-32.99	2012-05-31	763,80

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

## AUXILIAIRES MEDICAUX

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

### VOLET ADHERENT

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		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>												
		<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">H</td> <td style="padding: 2px;">25533412</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">D</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">B</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">G</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">35533411</td> <td style="border-right: 1px solid black; padding: 2px;">11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	B	00000000	00000000	G	35533411	11433553		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
		H	25533412	21433552													
		D	00000000	00000000													
		B	00000000	00000000													
		G	35533411	11433553													
<p style="text-align: center;">[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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																	

Diplômé d'Université de Diabétologie  
Membre de la Société Francophone du Diabète  
Diplômé d'Université en Diététique Médicale-Nutrition  
Diplômé d'Université d'Echographie Clinique  
(Faculté de Médecine Montpellier-France)  
Médecin Expert  
Electrocardiogramme

دبلوم جامعي في مرض السكري  
عضو الجمعية الفرنسية لمرض السكري  
دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتغذية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
(كلية الطب مونبولي - فرنسا)  
طبيب خبير  
الخطيط الكهربائي للقلب

07/03/2020

Casablanca, le ..... الدار البيضاء. في

MME NOUARI SAADIA

139,00

1. ATIKEN 80 MG

1 comprimé, matin, après repas, pendant 3 mois

116,90

2. Coronat 25 mg - comprimé

1/2 comprimé, matin, après repas, pendant 3 mois

201,00

3. DAFLON 1000 MG, Comprimé pelliculé

1 comprimé, soir, après repas, pendant 1 mois

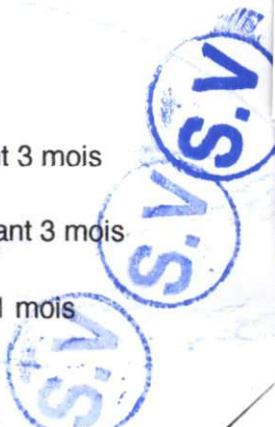
75,00

4. venoxyl pommade

1 appli, soir, pendant 3 mois

769,80

PHARMACIE EL ANBAR  
D'LYOUBLI - RTA - Toulouze  
62, Bd. Chouaib Doukkali  
CAS - Tel: 05.22.28.52.99



Dr Noureddine ESSEKKAT  
Omnipraticien - Echographie Clinique  
DU en Diabétologie - Nutrition  
Tel: 05 42 81 78 78 - Casablanca



**Docteur Nour-eddine ESSEKKAT**  
**OMNIPRATICIEN**

**الدكتور نور الدين السقاط**  
**الطب العام**

Diplômé d'Université de Diabétologie  
Membre de la Société Francophone du Diabète  
Diplômé d'Université en Diététique Médicale-Nutrition  
Diplômé d'Université d'Echographie Clinique  
(Faculté de Médecine Montpellier-France)  
Médecin Expert  
Electrocardiogramme

دبلوم جامعي في مرض السكري  
عضو الجمعية الفرنسية لمرض السكري  
دبلوم جامعي في الحمية الطبية والتغذية  
دبلوم جامعي في الفحص بالصدى  
(كلية الطب مونبولي - فرنسا)  
طبيب خبير  
التخطيط الكهربائي للقلب

Casablanca, le ..... 20/02/2020 ..... الدار البيضاء، في

Dr Nour-eddine ESSEKKAT  
Omnipraticien - Echographie Clinique  
DPU en Diabétologie - Nutrition  
Tél: 05.22.81.78.78 Casablanca

**MME NOUARI SAADIA**

GAJ

HBA1C

URÉE CREATININE





**Dr. Hasnaa TANINE**  
Médecin biologiste

INPE laboratoire : 093061364  
INPE DR H,Tanine : 097163695

Casablanca le 22 février 2020

Madame NOUARI SAADIA

MUT

FACTURE N°	2566
------------	------

**Analyses :**

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Urée -----	B	30	
Créatinine -----	B	30	
Total : B 190			

**Prélèvements :**

Sang-----	Pc	1,5
-----------	----	-----

TOTAL DOSSIER	230,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Deux Cent Trente Dirhams





Dr. Hasnaa TANINE  
Médecin biologiste

Dossier ouvert le : 22/02/20

Edition du : 24/02/20

Madame NOUARI SAADIA

Réf. : 20B352

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

### BIOCHIMIE

	Normales	Antériorités
Glycémie a jeun ----- : (Méthode enzymatique à l'héroxokinase sur COBAS C111)	1,19 * g/l 7 mmol/l	0,7 - 1,1 15/12/18

Consensus:  
 0,6 à 1,0 g/l : Glycémie à jeûn.  
 1,00 à 1,26 g/l : Diminution de la tolérance au glucose.  
 > 1,26 g/l : Diabète; (observé sur deux prélèvements distincts).

Hémoglobine glycosylée ----- : 5,6 %  
(Technique HPLC sur ADAMS HA-8380) Soit : 38 mmol/mol

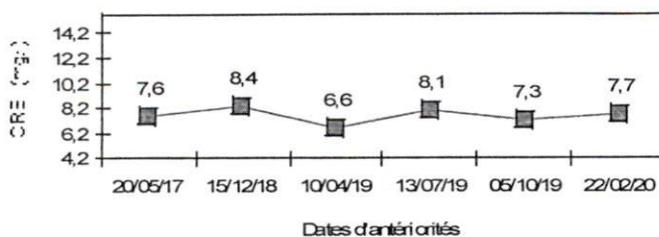
commentaire : Absence de variants de l'hémoglobine A1c.

- HbA1C entre 4,0 et 6,0 % : intervalle non diabétique
- HbA1C inférieur à 6,5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)
- HbA1C inférieur à 7 % : excellent équilibre glycémique (DID)
- HbA1C entre 7,0 et 8,0 % : bon équilibre glycémique
- HbA1C supérieur à 8 % : action corrective suggérée

#### REMARQUE:

Le dosage de l'HbA1C est réservé au suivi de l'équilibre glycémique chez les diabétiques.

	Normales	Antériorités
Urée ----- : Soit : 5,17	0,31 g/l 5,17 mmol/l	< 0,5 < 8,34 05/10/19 0,32 5,33
Créatininé ----- : Soit : 68	7,7 mg/l 68 µmol/l	6-12 53-106 7,3 65

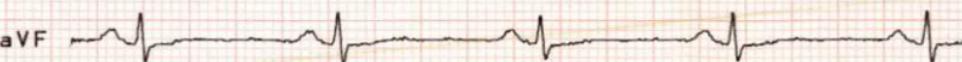
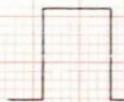




Innomed Medical Inc.

04.01.2000  
00:57  
Mardi  
25 mm/s  
1 cm/mV

Ligne b. Oui  
Filtre 50 Hz  
Identifiant patient  
Auto 00005



HeartScreen 112 D

Version 3.35

==== MR-8380V VOL. 14 =====

24-02-2020 20:48 Var.

MEAS No. 0001 Port No. 0001

ID 20B352-----

HbA1c 37 mmol/mol

HbA1c 5.6 %

HbF 0.8 %

	R. time	Area	%
P1	4	311	0.8
P2	5	543	1.4
P3 F	9	333	0.8
P4 L-A1c	11	688	1.8
P5 S-A1c	17	2056	5.2
P6 A0	39	35714	90.0
Total area value		39645	

27mOD

488mOD

