

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.

Pathologie 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.

Prothèse 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 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



ND: 32078 SN

Déclaration de Maladie : N° P19-0019668

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359 Société :
 Actif Pensionné(e) Autre :
Nom & Prénom : MECHHOUR BOUATTA Date de naissance :
Adresse : RAJODDARA N°18 HAYESSAD LAAYOUNE
Tél. : 0623395199 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
Date de consultation : 27
Nom et prénom du malade : ZEROUATI ZAHOU Age :
Lien de parenté : Luminaire Conjoint Enfant
Nature de la maladie : DTL
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 :/...../.....
Signature de l'adhérent(e) :

RELEVÉ 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
02/12/20			2982	

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
	14/05/20	B2202P	33500

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				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																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <th colspan="2">B</th> </tr> </tbody> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	B			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																	
	25533412	21433552																
	00000000	00000000																
	G																	
	00000000	00000000																
	35533411	11433553																
	B																	
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			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



مختبر ميديسينا للتحليلات الطبية
Laboratoire Medicina d'Analyses Médicales

CNSS : 6835881

Dr OUAHMANI ABDELLAH - Médecin Biologiste



Laâyoune le 14 mars 2020

Madame ZERGUIT ZAHRA

FACTURE N°	232515		
Analyses :			
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 280
Cholestérol total -----	B	30	
LDL -----	B	50	
Microalbuminurie de 24 h -----	B	100	
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1,5	
TOTAL DOSSIER		335,00 DH	

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Trois Cent Trente Cinq Dirhams

Laboratoire MEDICINA
Dr OUAHMANI Abdellah
N°3 Cité Moulay Rachid
1ere Tranche Av Mekka
Laayoune

ICE 002057963000091

Horaire de Travail de 08h00 du matin à 18h30 du soir . Samedi Matin de 08h00 à 13h00.

أوقات العمل من 08h00 صباحا إلى 18h30 مساءً. السبت صباحا من 08h00 إلى 13h00.

📍 N° 3 Hay Moulay Rachid, 1^{ère} Tranche Av.mekka - Laayoune

📍 3 حي مولاي رشيد الشطر الأول شارع مكتة - العيون

📞 Gsm : 06.61.45.49.79

📞 المحمول : 06.61.45.49.79

📠 Fax : 05.28.89.35.86

📠 الفاكس : 05.28.89.35.86



مختبر ميديسينا للتحليلات الطبية

Laboratoire Medicina d'Analyses Médicales

Dossier ouvert le : 10/03/20

Prélèvement effectué à 11:24

Edition du : 12/03/20

Madame ZERGUIT ZAHRA

Réf : 20C993

Page : 1/1

Compte Rendu d'Analyses

CHIMIE DU SANG

		Normales	Antériorités
			14/05/19
HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C			
HbA1C-----	12,4 * %	< 6,2	11,5
CHOLESTEROL TOTAL -----	1,87 g/l	1,4 - 2	
Soit -----	4,82 mmol/l	3,61 - 5,15	
Cholestérol LDL -----	0,61 g/l	< 1,7	

CHIMIE DES URINES

Diurèse de 24 heures -----	1 320 ml		
MICROALBUMINURIE -----	37,4 mg/l		
(Turbidi / néphélométrie) Soit -----	49,4 mg/24 h	< 20	

Laboratoire MEDICINA
Dr OUAHMANI Abdellah
N°3 Cité Moulay Rachid
1ere Tranche Av Mekka
Laayoune

ICE 002057963000091

Horaires de Travail de 08h00 du matin à 18h30 du soir . Samedi Matin de 08h00 à 13h00.

أوقات العمل من 08h00 صباحا إلى 18h30 مساءً . السبت صباحا من 08h00 إلى 13h00.

📍 N° 3 Hay Moulay Rachid, 1^{ère} Tranche Av.mekka - Laayoune

📍 3 حي مولاي رشيد الشطر الأول شارع مکتة - العيون

☎️ Gsm : 06.61.45.49.79

☎️ المحمول : 06.61.45.49.79

📠 Fax : 05 28 89 35 86

📠 الفاكس : 05.28.89.35.86



BON D' EXAMEN

Nom Zergu Prénom : Zahra Age : 19
 Formation : do

Renseignements Cliniques & Examens Demandés	Réponse du Spécialiste
glycémie, Hb A _{1c} , Urea creatine, cholestérol Triglycé Nicotique 24h	120 C 10 V + x

الطبيب: **الدكتور أبو بصير الراشدي**
 التخصص: **العيون**
 رقم الهاتف: **0528980454**
 الموقع: **العيون**

27 FEB 2020

Dr CURRAMI ABDELLAH
 Médecin Biologiste
 ICE 062057963000091
 INPE 023002843

Le Médecin Traitant

Le :

Le Médecin Spécialiste

Le :