

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.

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 tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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.

N° W19-485474

ND: 43832

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	2387	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	HARI FI BACHIR RACID
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. :	06 61 37 62 26	Total des frais engagés :	Dhs

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Age:			
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 : RADAT

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/10/20

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
				INP : [REDACTED]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
16/05/2011 LABORATOIRE ALMASIRI ANALYSES MEDICALES	16/05/2011		1000 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'O.D.F.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : [REDACTED]
[DENTAL TREATMENT DIAGRAM]				COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
				MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
				DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
				FIN D'EXECUTION [REDACTED]

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE		Coefficient des Travaux [REDACTED]
H	25533412 00000000	21433562 00000000
D	00000000 35533411	00000000 11433553
G		
B		
[Creation, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		
[DENTAL TREATMENT DIAGRAM]		MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
		DATE DU DEVIS [REDACTED]
		DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Dr. BENLA

ELAI AMAR Bouchra

pecialiste

En Endocrinologie - Maladies Métaboliques - Nutrition
Diabète - Cholestérol - Obésité
Lipolaser - Cryolipolyse - Radio Fréquence

Diplômée de la Faculté de Médecine de Toulouse

الدكتورة بن العربي الدلائي أعمار بشرى

إختصاصية

في أمراض الغدد والتنفسية

مرض السكري - الكوليستيروл - السمنة

خريجة كلية الطب بتولوز

Rabat, le في الرباط.

Hanafi Bouchra
30 SEP. 2020

- g + H bday

Dr. BENLA Delai Amar Bouchra
Endocrinologue Diabetologue
Nutritionniste
Tel.: 05 37 72 21 86
GSM: 07 62 72 87 84
INP: 101023901

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALS
Tél: 05 37 60 33 30



مختبر المسيرة للتحاليل الطبية
LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES
MÉDICALES

الدكتور الغربجي عبد الواحد
DR. A. EL RHARBI
Médecin Biologiste

Assuré
Matricule
Bénéficiaire
Prise en charge N°

HARIFI BACHIR RACHID

Prescripteur

BENLARBI AMAR

FACTURE N° 75300

Facturé le : 01/10/2020

Analyses :

HEMOGLOBINE GLYCOSYLED	B 100
GLYCÉMIE À JEUN	B 30

Total analyses : 90,00 Dh

Prélèvements :

Sang

Total Prélèvements : 0,00 Dh

Total <>B>> 130 Soit un montant total : 90,00 Dh

Arrêtée la présente facture à la somme de :

QUATRE-VINGT DIX DIRHAMS

شارع مولاي علي الشريف عمار 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارا - الهاتف: 0537 60 78 68 - الفاكس: 0537 60 33 30

Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68

Patente N° : 28225104 - I.F N° : 91780328 - CNSS N° : 6217691 - ICE N° : 001640008000090

LABORATOIRE
D'ANALYSES MÉDICALES
Tél : 0537 60 33 30



مختبر المسيرة للتحليلات الطبية
LABORATOIRE AL MASSIRA D' ANALYSES
MÉDICALES

الدكتور الغرببي عبد الواحد
DR. A. EL RHARBI
Médecin Biologiste

Préscripteur :
Docteur : **BENLARBI AMAR BOUCHRA**

Identification

MONSIEUR HARIFI BACHIR RACHID
Référence : **818A2428** du : **01/10/2020**
Résultats édités le : **01/10/2020**

GLYCEMIE A JEÛN

(Technique : Colorimétrie enzymatique)

Résultat : **1.37 * g/l** (0.70 à 1.10)

HÉMOGLOBINE GLYCOSYLIÉE

(Technique : HPLC / ADAMS HA-8380V)

Résultat : **6,20 %** 5.7 (11/01/2018)

Les études modernes ont montré que le diabète est :

- Bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6.5 %
- moyennement équilibré lorsqu'il est entre 6,5 et 7,5 %
- mal équilibré au-delà de 8 %

A l'évidence les exigences doivent tenir compte de l'âge, de l'ancienneté du diabète et des autres problèmes.

LABORATOIRE ALMASSIRA
D'ANALYSES MÉDICALES
Tél : 05 37 60 33 30

شارع مولاي علي الشريف عمارة 32 رقم 4 المسيرة 1 تمارا - الهاتف: 0537 60 33 30 - الفاكس: 0537 60 78 68

Avenue Moulay Ali Cherif - Imm 32 - Appt 4 - MASSIRA 1 TEMARA - Tél : 0537 60 33 30 - Fax : 0537 60 78 68