

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W19-558005

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9271

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre

Nom & Prénom : AYAKOUTI

Date de naissance :

Adresse :

Tél. :

Total des frais engagés

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 12/08

Nom et prénom du malade :

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

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 :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :


Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

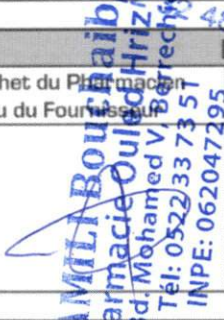
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

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

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
17/08/2020	Examen	1	120,00	
21/09/2020	Examen	1	120,00	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fourisseur	Date	Montant de la facture
	21/09/20	295,30 186,30

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

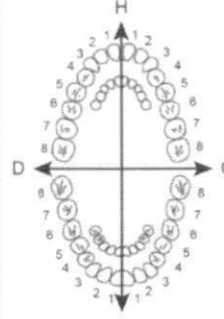
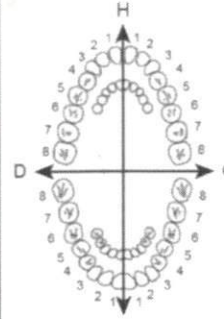
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	21/09/2020	543,00	120,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

	DES TRAVAUX																					
	MONTANTS DES SOINS																					
	DEBUT D'EXECUTION																					
	FIN D'EXECUTION																					
	<p>O.D.F. PROTHESES DENTAIRES</p> <p>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</p> <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B	
H		H																				
25533412	21433552																					
00000000	00000000																					
D		G																				
00000000	00000000																					
35533411	11433553																					
B																						
	COEFFICIENT DES TRAVAUX																					
	MONTANTS DES SOINS																					
	DATE DU DEVIS																					
	DATE DE L'EXECUTION																					
	<p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</p> <p>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</p>																					

Dr. Chaymae ELOUAZZANI

Médecine générale

Diplômée de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de Casablanca

Ex Médecin au CHU-Casablanca

Ex Médecin à l'Hôpital Errazi - Berrechid

Ex Médecin à l'Hôpital Med V - Safi



الدكتورة شيماء الوازاني

الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء

طبيبة سابق بالمستشفى الجامعي ابن رشد

طبيبة سابقا بمستشفى الرازي برشيد

طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 21/09/2023 برشيد في

M. DOUABI

196,50

① - Sepu 500

98,80

14 x 210

② - Neofortan 160

14 x 30

295,30



KAMILI Bouchaleb
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tél: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. 102
Tél: 0522 32 48 12

اقامة ابن خلدون - الباب رقم 2 (قرب صيدلية المسجد) - الشقة رقم 2 برشيد - الهاتف 05 22 32 48 12
Résidence Ibn khaldoun - porte 2 - appt N° 2 - Berrechid - Tél, 05 22 32 48 12
GSM, 06 62 14 34 32 - E-mail, elouazzanichaymae@gmail.com

Q - Diction 6

SV

14/2

[Redacted]

Q -

SV

staged

14/2

107.60

LOT	201263
EXP	05 2023
PPV	107.50

186.30

~~Dr. Chaymae ELQUAZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Fort 12
App. N°2
Tel: 0522 65 48 12~~

KAMILI Bouchaib
Pharmacie Ouled Hriz
124, Bd. Mohamed V, Berrechid
Tel: 0522 33 73 51
INPE: 062047295

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Médecine générale

Lauréate de la faculté de Médecine
Et de la pharmacie de CASABLANCA
Ex Médecin au CHU-CASABLANCA
Ex Médecin à l'Hôpital Errazi-Berrchid
Ex Médecin à l'Hôpital Med V -Safi



الدكتورة شيماء الوازاني
الطب العام

خريجة كلية الطب و الصيدلة
بالدار البيضاء
طبيبة سابقا بمستشفى الجامعي ابن رشد
طبيبة سابقا بمستشفى الرازي ببرشيد
طبيبة سابقا بمستشفى محمد الخامس بأسفي

Berrechid, le 17/08/2022 برشيد في

M. YAKOUTY Samir
M. DOUAHI
Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

Dr. GAJ

@ - H. glyquée

Dr. Chaymae ELOUAZZANI
Omnipraticienne, Echographie
Résidence Ibn Khaldoun Porte 2
App. N°2
Tél: 0522 32 48 12

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales Berrechid
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél Fax : 05 22 03 04 61

Date du prélèvement : 21-09-2020 à 11:54

Code patient : 20200921009

Né(e) le : 01-01-1974 (46 ans)

Mme DOUAHI Sanaa

Dossier N° : 20200921009

Prescripteur : Dr Elouazzani Chaymae



BIOCHIMIE SANGUINE

Glycémie à jeûn

(Technique enzymatique au glucose oxydase)

1.19 g/L (0.70-1.10)

6.60 mmol/L (3.89-6.11)

Hémoglobine glyquée (HbA1c)

(Technique chromatographie haute pression HPLC)

6.80 % (4.00-6.00)

Interprétation:

% HbA1c	contrôle du taux de Glucose
4 - 6	Intervalle non-diabétique
6.5 - 7	Excellent équilibre glycémique
8 - 9	Assez bon équilibre glycémique
9 - 10	Équilibre glycémique médiocre (Action corrective suggérée*)
> 10	Mauvais équilibre glycémique (Action corrective nécessaire*)

*Risque élevé de développer des complications cardiovasculaires à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies et cardiopathies.

Validé par : Dr. IOURDANE AHLAM

مختبر التحاليل الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Bd Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61



مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1200900062

BERRECHID le 21-09-2020

Mme DOUAHI Sanaa

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Hémoglobine glycosylée	100	B100
Glycémie	30	B30

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 120.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent vingt dirhams .

مختبر التحليلات الطبية برشيد
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID
183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid
Tél/Fax : 05 22 03 04 61