

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 de 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 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 : pac@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 Étage 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° W21-783122

Contraire

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : <u>1818</u>	Société : <u>ABOUC TAUROUAT AL MIFT</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : <u>ABOUC TAUROUAT AL MIFT</u>			
Date de naissance : <u>30/06/1951</u>			
Adresse : <u>30 Avenue de l'Indépendance</u>			
Tél. : <u>0662 383243</u> Total des frais engagés : <u>147207</u> Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : <u>19/01/23</u>			
Nom et prénom du malade : <u>Tigant Mina</u>			
Age : <u>62</u>			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Ameloblastome</u>			
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.

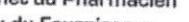
Fait à : Agdal Le : 19/01/23

Signature de l'adhérent(e) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIBES

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
19/10/18.22	CS	-	276.00	INP : 011143961234 Dr. Naim ENNASSIRI Praticien en Médecine générale 13 Messina
20/10/18.23	CS	-	Grat	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Référence Montant de la Facture
 PHARMACIE AL MIA 34-14 opération IZIKI II - 10000 Casablanca - Tel : 044-22-44-00 NPE 5622	20/01/23	33,80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
MCILYSES MEDICALS Sous Seconde A Lot 89 TOLYSE 05 24 18 32 01 NTE LAB 3063323	19/01/23	5100	1000\$H

AUXILIAIRES MEDICAUX

AUXILIAIRES MEDICAUX						
Cachet et signature du Particulier	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 spms.

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"/>												
				<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															
	<p>H</p> <table border="0"> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><hr/></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> <p>B</p>			25533412	21433552	00000000	00000000	<hr/>		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
25533412	21433552															
00000000	00000000															
<hr/>																
D	G															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
	<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"/>												

Docteur WIAM ENNASSIRI
SPÉIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Diplômée de la Faculté de médecine de Marrakech

Diplôme de la faculté de médecine de Brest (France)



الدكتورة وئام الناصري
أخصائية في طب العيون
خريجة كلية الطب بمراكش
دبلوم كلية الطب في بريست - فرنسا

Marrakech le : 20 janvier 2023

Mr TIZRIT Mina

16, 90 x 2

SP SV

CATACOL COLLYRE

cl 1 goutte 2 fois par jour, dans l'œil droit, pendant 1 Mois

33,80

الدكتورة وئام الناصري
أخصائية في طب العيون
Dr. WIAM ENNASSIRI
Oculophtalmologist
Doha Forum, Imm 41, 1er Etage, Bureau N°1 - Massirra I
Route d'Essaouira, Marrakech. Tel : 05 24 395 655

Doha Forum, Imm 41, 1er étage, Bureau N°13,
Massirra I, Route d'Essaouira, Marrakech
dr.wiam.ennassiri@gmail.com | +212 524 395 655

فوروم الشخصي، عمارة رقم 41، مكتب رقم 13
المسيرة 1، طريق الصويرة، مراكش

+212 524 395 655

~~العنصر~~
~~العنصر~~
CATACOL® 0,1 %

COLLYRE

Inosine
phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

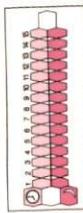
% 0,1 °

قطرات للعين
إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثالثي الماء
قارورة من سعة 10 مل

CATACOL® 0,1 %

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 35/19UDMP2/1/NRQDNM


6 118000 021728



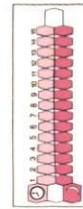
16,90

CATACOL® 0,1 %

COLLYRE

Inosine
phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

~~العنصر~~
~~العنصر~~
16,90



CATACOL® 0,1 %

COLLYRE

Inosine
phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

% 0,1 °

قطرات للعين
إينوزين فوسفات ثنائي الصوديوم ثالثي الماء
قارورة من سعة 10 مل

CATACOL® 0,1 %

Collyre, flacon de 10 ml
AMM N° 35/19UDMP2/1/NRQDNM


6 118000 021728

CATACOL® 0,1 %

COLLYRE

Inosine
phosphate disodique dihydraté
Flacon de 10 ml

Docteur WIAM ENNASSIRI
SPÉCIALISTE EN OPHTALMOLOGIE

Diplômée de la Faculté de médecine de Marrakech
Diplôme de la faculté de médecine de Brest (France)



الدكتورة وئام الناصري
أخصائية في طب العيون
خريجة كلية الطب بـ مراكش
دبلوم كلية الطب في بريست - فرنسا

Marrakech le : 19 janvier 2023

Mr. TIZRIT Mina

Hémoglobine glycquée



الدكتورة وئام الناصري
اختصاصية في أمراض العيون
Dr. WIAM ENNASSIRI
Oculist & Ophthalmologist
Doha Forum, Imm 41, 1er étage, Bureau N°13 Massira 1
Route d'Essaouira, Marrakech - Tel: 05 24 39 56 55

Doha Forum, Imm 41, 1er étage, Bureau N°13,
Massira 1, Route d'Essaouira, Marrakech
dr.wiam.ennassiri@gmail.com | +212 524 395 655

فوروم الضحى، عمارة رقم 41، مكتب رقم 13
المسيرة 1، طريق الصويرة، مراكش

+212 524 395 655

LABORATOIRE AZLI d'ANALYSES MEDICALES

INPE: 073063323

IF: 25227998

ICE: 002074967000084

TP: 67100542

FACTURE: 0447/23

MARRAKECH le

19/01/2023

Nom et prénom

MME TIZRIT MINA

Référence

19C386

Médecin prescripteur

Acte de biologie demandé	Cotation (B)
Hb GLYCOSYLEE. HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE HBA1C	100
Total du (B)	B 100
Prise de sang (PC)	0,00 DH
Montant en DH	100,00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de: **CENT DIRHAMS**

LABORATOIRE AZLI

Analyses Médicales

Askejouj Socoma A Lot 89 Marrakech

Tel/Fax : 05 24 49 32 07



- Diplômé de la Faculté de Médecine de Marrakech
- Ancien médecin biologiste attaché des Hôpitaux de Paris
- Diplôme spécialisé en Hématologie Hémostase de l'université Paris-Descartes
- Diplôme universitaire en infertilité du couple, médecine reproductive, spermiologie et PMA à Montpellier

- خريج كلية الطب بمراڭش
- طبيب إحيانى سابق بمستشفيات باريس
- دبلوم جامعى في علم الدم بكلية باريس
- دبلوم جامعى في المساعدة الطبية على الإنجاب و عقم الزوجين بمونبولي

Prélèvement du : 19/01/2023 à 10:14

Résultats édités le: 19/01/2023



MME TIZRIT MINA

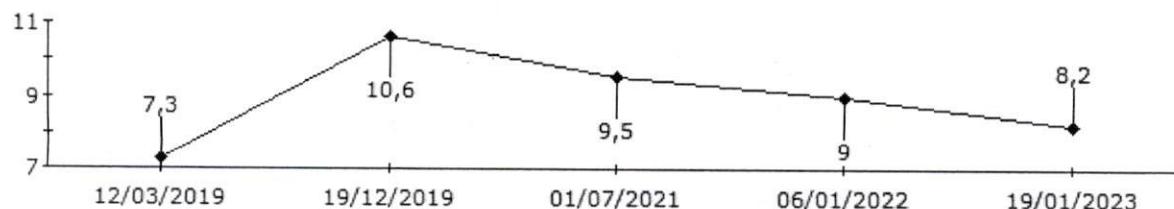
Dossier N° 19C386

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE
(BIOSYSTEMS A25 / TOSOH-GX)

HEMOGLOBINE GLYQUEE (HbA1c).....: 8,20 % (*) 4,0 à 6,0 % (Selon NGSP)
(HPLC (Automate: TOSOH GX-723))

Antécédent du 06/01/22 - 09:44 : 9,00 %



Total de pages: 1

Dr. CHINBO Mehdi
Médecin Biologiste
Askejour Socoma A Lot 89 Marrakech
TÉL/FAX : 05 24 49 32 07

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2023/01/19 13:40

TOSOH CORPORATION V01.24
NO: 0011 TB 0002 - 01
ID: 20230119036
CAL(N) = 1.1743X + 0.7862

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.6	0.25	9.02
A1B	0.7	0.34	10.56
F	1.2	0.43	17.61
LA1C+	2.2	0.57	32.63
SA1C	8.2	0.71	94.35
AO	89.0	1.05	1325.69
	TOTAL AREA		1489.86

HbA1c 8.2%

HbA1 9.5 % HbF 1.2 %
0% 15%

