

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

M22- 0027950

Anesthésie

☒ Maladie

☐ Dentaire

☒ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

1651

Société :

165637

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom :

AMINE Abderrahman

Date de naissance :

24-10-1949

Adresse :

132 lot EL FATH II - SIDI MAAROUK
CASA

Tél. :

0661312072

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

19/06/2023

Nom et prénom du malade :

AMINE Abderrahman

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

Consultation préalable

Affection longue durée ou chronique :

☐ ALD ☐ ALC

Pathologie :

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 :

CASA

Le :

31/03/2023

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'Horloger
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
21/03/23		3	307,10	

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
	3/04/23		321,8

AUXILIAIRES MEDICAUX

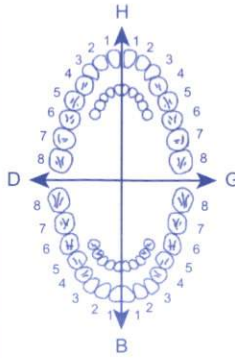
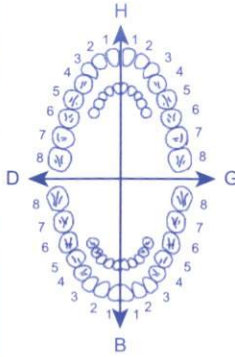
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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'ODF.

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"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</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> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B																
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس

ORDONNANCE

Bouskoura, le :

31-03-2023



2300238733 / 230330114633S.

Prénom : ABDERRAHMANE

PAYANT

Nom : AMINE

Sexe: M

DDN : 24/10/1949 E: 31/03/2023

Service : CONSULTATION ADULTE (SO)



① Urée ; Créat

② Glycémie

③ Cholestérol ; TG

④ Hb Glycosylée

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE : 001681692000016
IF : 40606886 - TP : 36159885
CNSS : 0800124 - RC : 410236

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Bouskoura
Casablanca
Maroc



Dr. Ghizlane HADDIOUI
Médecin Biologiste

مختبر التحليلات الطبية سيدي معروف

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

Bactériologie - Biochimie - Hématologie - Immunologie - Mycologie - Parasitologie - Virologie

Casablanca, le 03/04/2023

Code Patient : 15-00074

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 030423-008 Pvt du: 03/04/2023 9:37

Nom : Mr AMINE Abderrahmane



Page : 1/1

ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

			Valeurs Usuelles	Antériorité
GLYCEMIE A JEUN	:	1,10 g/l	(0,7 - 1,1)	1,08 (07/01/15)
(Methode enzymatique à l'hexokinase)		6,05 mmol/l	(3,85 - 6,05)	
HÉMOGLOBINE GLYQUÉE :	:	5,4 %	(4,5 - 6,3)	
(HPLC D10-Biorad)				
Les valeurs usuelles sont de 4,5 à 6,3 % lorsque les glycémies sont normales. Les études ont montré que le diabète est : * bien équilibré lorsque le taux est inférieur à 6,5 % * moyennement lorsqu'il est entre 6,5 et 7,5 % * mal équilibré au-delà de 8 %				
UREE	:	0,27 g/l	(0,15 - 0,5)	0,34 (07/01/15)
(Technique enzymatique à l'uréase UV)		4,50 mmol/l	(2,5 - 8,33)	
CREATININE	:	7,43 mg/l	(6 - 13)	8,82 (07/01/15)
(Technique enzymatique)		65,76 µmol/l	(53,1 - 115,05)	
CHOLESTEROL TOTAL	:	1,72 g/l	(Inférieur à 2,2)	1,85 (07/01/15)
(Tech enzymatique colorimétrique au CHOD)		4,44 mmol/l	(Inférieur à 5,16)	
TRIGLYCERIDES	:	0,82 g/l	(Inférieur à 1,5)	1,05 (07/01/15)
(Enzymatique)		0,93 mmol/l	(Inférieur à 1,71)	

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
Dr G HADDIOUI
Médecin Biologiste
Rd.Pt Sidi Maarouf - Casablanca
Tél: 0522 33 52 09 / 0668 15 24 24
Fax : 0522 33 52 71



HÔPITAL UNIVERSITAIRE
INTERNATIONAL MOHAMMED VI



المستشفى الجامعي
الدولي محمد السادس



230330114633S.

ORDONNANCE

31 mars 2023

Bouskoura, le :

AMINE ABDERRAHMANE

ATCD: HTA

FAIRE SVP

CPA/LOCALE pour chirurgie de cataracte OD

Hôpital Universitaire International Mohammed VI
Pr. Assistant **KHAMAILY Mehdi**
Ophtalmologie

091266718

Laboratoire d'Analyses Médicales

Sidi Maarouf

Facture

Casablanca, le 03/04/2023

Dossier N°: 030423-008 du: 03/04/2023

Patient :Mr AMINE Abderrahmane

Analyse	Valeur en B	Montant
UREE	30	40,20
CREATININE	30	40,20
GLYCEMIE A JEUN	30	40,20
CHOLESTEROL TOTAL	30	40,20
TRIGLYCERIDES	50	67,00
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,00

Montant de prélèvement : 20,00

Total en dirhams à payer: 381,80

LABORATOIRE SIDI MAAROUF
ICE : 091681002000016
IF : 40600866 - TP : 36159885
CNSS : 86124 - RC : 410236