

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 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

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.

Déclaration de Maladie

N° W21-791735



<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricole : 5013			
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	Société :
Nom & Prénom : SABIRI MOHAMED			
Date de naissance : 02-06-1961			
Adresse : HABITUELLE			
Tél. : 0701105004			
Total des frais engagés : #1094,4DH Dhs			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 01/06/2023			
Nom et prénom du malade : Moulay Abdellah Soumici Age : 62			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : Maladie de l'œil			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : Chute de la tête sur la table de la chaise			
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 : **Botekchid** Le : **07/07/2023**

Signature de l'adhérent(e) :

Coup.

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
01/06/23	C	1	15211	INP : 009/09/8281 M. Medecin B. Barrechid Signature

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
pharmacie Alia 30 Med V Locaux N°A et 5, Barrechid Tél : 05 22 32 48 38	01/06/23	2128,40

ANALYSES - RADIGRAPHIES

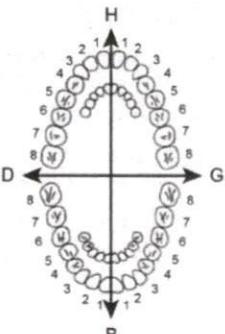
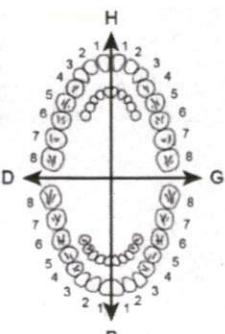
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	01/06/23		516,00
	20/23		

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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

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

MEDCINE GENERALE

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)
Tél : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6, شارع الحرية – حي التسir 1
برشيد – (قرب طاكسيات جمدة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Nom :

Abdelhak

Prénom :

Soumnia



57,00²³
Juhayat (Dr. S. Alia)
Président de l'Alia
3rd Med V, Cité Al Koudia
Locaux N°4 et 6, Bâtiment 10
Tél : 05 22 32 40 38

45,50

Catayla 50 b. SSM

LOT: M22032
EXP: FLV 2025
PPV: 45.50 DH

26,90

VIT C 1000

Dr. A. (levat)

185,00

Saffra

LOT: GB21572
PER: 08/2024
PPV: 185 DH 00

PPV: 26DH90
EXP: 11/2025
LOT: 2H0529

= 428,40

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDCINE GENERALE

6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)
Tél : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6, شارع الحرية – حي التسبر 1
برشيد – (قرب طاكسيات جقعة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Nom : Mouffak
Prénom : Soumair

Berrechid

05-6-87

LABORATOIRE CENTRAL ERRAJI
BERRECHID

Dr. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

LDC
HDL

+

TWYLA de
Moleie

LABORATOIRE CENTRAL ERRAJI
BERRECHID
Dr. Abdelhamid HAWAZINE
Pharmacien Biologiste

TSH

Dr. Abdelhak MECHAL
Médecine Générale
6, Bd. De la Liberté – Tissir 1
Berrechid (Prés des Taxis jakma)
Tél : 05 22 32 52 87

FACTURE N°: 23007524

BERRECHID : 01/06/2023

Nom et Prénom : Madame Soumia MOUFTAH

Prescripteur : Dr. MECHAL ABDELHAK

Bilan :

AUR B30+ CHOL B30+ TRIG B50+ HDL B50+
LDL B50+ TSH B250+

Montant Net : 516,00 Dhs

Arrêtée la présente facture à la somme de:

Cinq cent seize Dirhams et zéro centime

Dr. A HAWAZINE
 LABORATOIRE CENTRAL ERRAZI
 BERRECHID
 Dr Abdelhamid HAWAZINE
 Pharmacien Biologiste



INPE 063060990

Dr. MECHAL ABDELHAK

Date du prélèvement : 01/06/23

Dossier édité le : 01/06/2023

Code Patient : 47350



Mme MOUFTAH Soumia

Page : 1 / 1

Prélèvement Effectué au Laboratoire

010623 084

BIOCHIMIE SANGUINE

KONELAB 20i

			Valeurs de référence	Antécédents
ACIDE URIQUE	..... : 45.54 ou : 271,07	mg/l μmol/l	(26 à 60) (210 à 420)	
CHOLESTEROL TOTAL	..... : 2,08 ou : 5,22	g/l mmol/l	(< 2,20) (3,61 à 5,68)	26/08/20 : 1.94
TRIGLYCERIDES	..... : 2,01 ou : 2,29	g/l mmol/l	(<1.50) (< à 1,72)	26/08/20 : 1.39
CHOLESTEROL HDL	..... : 0,52 ou : 1,34	g/l mmol/l	(0.30 à 0.60) (à > 1,03)	26/08/20 : 0.55

CHOLESTEROL LDL : 1,16 g/L

Nbr de facteurs de risque*	Valeur Cible du LDL-C (g/l)
aucun	< 2,20
1	< 1,90
2	< 1,69
> ou = 3	< 1,30
Patient à haut risque	< 1,00

*: Diabète, obésité, HTA, age>60ans, tabac, HDL-C<0,40g/L et antécédents familiaux de maladie coronaire.

ENDOCRINOLOGIE

TSH (THREOSTIMULINE) : 1,18 μIU/ml 26/08/20 : 0.79

Par Chimiluminescence sur Architect abbott

Valeurs attendues

Euthyroidie : 0.25 à 5 μIU/ml

Hyperthyroïdie : < à 0.15 μIU/ml

Hypothyroïdie : > à 7 μIU/ml

Valeurs de référence Antécédents



Avenue Mohamed V, Dar Hakami derrière la Préfecture de Police - Berrechid - Tél. : 05 22 32 88 49

Fax : 05 22 32 48 88 - E-mail : hazn.biolog@gmail.com - Patente : 40712914 - RC : 15608

ICE : 001638113000039 - Autorisation N° : 5814

