

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

- Reclamation : 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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

178508

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 68269 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARTTI EL MOSTAFA

Date de naissance : 1.1.1944

Adresse : LOT. ESSALAMA EL N°33 SIDI MAAROUF CASA

Tél. : 06 76 79 4389 Total des frais engagés : 815.00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 

Date de consultation : 04/10/2023

Nom et prénom du malade : MOUSSINE Bouchra

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie : Diabète type 2 + hante

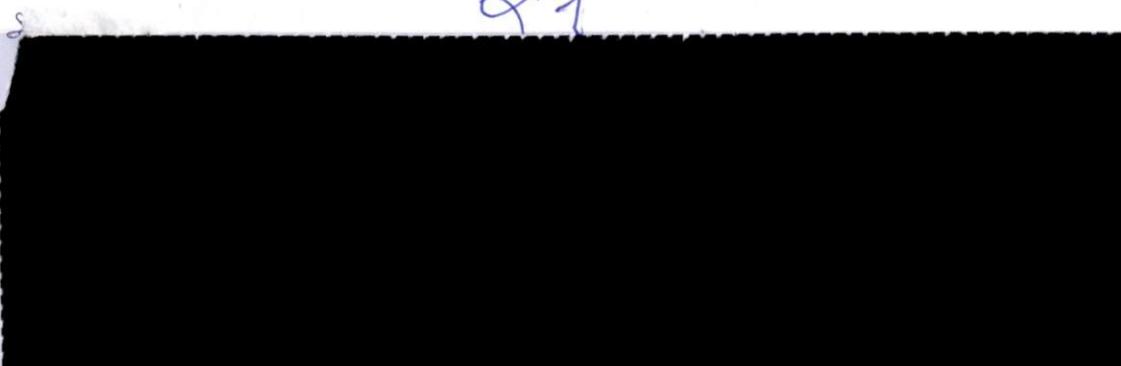
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : CASABLANCA Le : 07/10/2023

Signature de l'adhérent(e) : Karti



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient ¹	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06/10/2023	Consultation	10	100.00	Dr. IDZEKRI Boualem Médecin Généraliste Diabèteologue 141124297

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Signature	06/10/2023	25.00

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Signature	06/10/2023	B 570	730.00

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	COEFFICIENT DES TRAVAUX																	
MONTANTS DES SOINS				MONTANTS DES SOINS																	
DEBUT D'EXECUTION																					
FIN D'EXECUTION																					
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				COEFFICIENT DES TRAVAUX																
	<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></td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td></td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					H	25533412	21433552	D	00000000	00000000		00000000	00000000		35533411	11433553	B			
H	25533412	21433552																			
D	00000000	00000000																			
	00000000	00000000																			
	35533411	11433553																			
B																					
DATE DU DEVIS				DATE DE L'EXECUTION																	
DATE DE L'EXECUTION																					

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

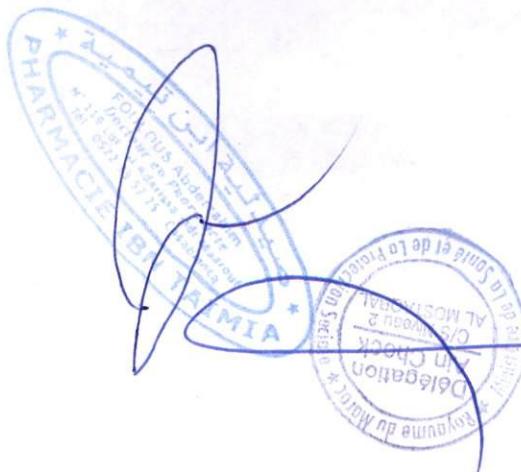
Date : 06/10/2023

ORDONNANCE

Moutmine Aïcha.

25,-
- Drixtose sèche adulte
sans sucre.
1 cas x 3/1j.

PPV (DH) :
LOT N° : 25,00
UT. AV. :



ORDONNANCE

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du 14 Juillet 54
N°5 Rue de la Lorraine 27000
Tel. 0322 36 87 49/54 - Casablanca

Le : 04/10/2023

Aichi Fatmine

TSH ws

- Ch T, LDL, VLDL, TG

- HbA1C

- G A J



LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503
IF : 41404766

FACTURE N° : 2310040203

Casablanca le 04-10-2023
Prescripteur :

Mme MOUTMINE Aicha

Demande N° 2310040203

Date de l'examen : 04-10-2023

Correspondant : RADI

Analyses :

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0163	TSH	B250	B

Total des B : 570

TOTAL DOSSIER : 790 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : sept cent quatre-vingt-dix dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503
IF : 41404766

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

Date du prélèvement : 04-10-2023 à 12:58
Code patient : 2310040203

Mme MOUTMINE Aicha
Dossier N° : 2310040203
Prescripteur :



BIOCHIMIE SANGUINE (Hitachi 911)

Glycémie à jeun **1.67** g/L (0.70–1.10)

Hémoglobine glyquée (HbA1c) **10.00** % (4.50–7.00)

Interprétation :

(Diabète stable < 7 %)

(Diabète instable > 8 %)

(Niveau non diabétique <6%)

Cholestérol total **2.63** g/L (1.40–2.20)

Cholestérol – HDL **0.60** g/L (0.35–0.65)

Cholestérol – LDL **1.58** g/L (<1.60)

Triglycérides **2.23** g/L (0.40–1.88)

HORMONOLOGIE (Cobas e411)

Thyréostimuline (TSH) **2.65** µU/mL (0.27–4.20)
(Tech: cobas)

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI