

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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 Fahir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tel : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

W21-837924

191520

☒ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2073

Société : RAM

☐ Actif

☒ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : BOUBAT NIMONA EPSILIANE

Date de naissance :

Adresse :

Tél : 0522 912357

Total des frais engagés : 835,90

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 18/11/2019

Nom et prénom du malade : Nimona Boubat

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☒ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie :

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 : Casablanca

Le : 18/11/2019

Signature de l'adhérent(e) :

MUPRAS

VILLE ET QUARTIER

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
18/01/24		C	120711	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
--	------	-----------------------

505,90

18/01/24

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
---	------	------------------------------	------------------------

13/01/24

B130r

Prof

1300H

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES

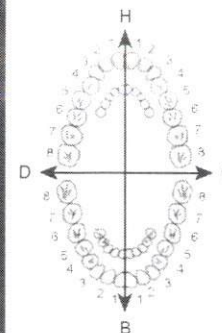
Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	Montant des Honoraires
----------------	------------------	-------------	------------------------

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION



O.D.F. PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

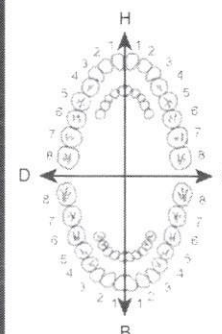
H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
G	00000000	00000000
B	35533411	11433553

Coefficient DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION



[Création, remont, adjonction]
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

Montant des Honoraires

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

الدكتور عبد العظيم أمهيززة

أمراض السكري و التغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي فرنسا

دبلومي في الفحص بالصدى

العلاج المثلي

اختصاصي في طب الشغل

من كلية الطب برانس

دبلوم في الخبرة

والتعويض الجسدي من كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابقا بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91، قرية النموذجية بدار بوعزة

الهاتف : 05 22 29 00 09 - INPE091112979

242600030-02

Diplôme d'expert
et de réparation juridique e
de la faculté de médecine de casablanca
Ancien Médecin à l'Hôpital
Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza
Tél.: 05 22 29 00 09 - INPE091112979

Dar Bouazza

18/07/24

PHARMACIE DIAR ATLANTIC CASA
Dr SARHANI Manal
Atlantic GH1 Innm 5 magasin 29-30
Dar Bouazza

mimenna 300/100

349,00

10) leventox 10, 4

sanofi-aventis Maroc

Route de Rabat - R.P.1-

Ain Sebaa 20250 - Casablanca

LOVENOX 4000UI ANTI-XA/0,4ML SER B6

P.P.V. : 349DH00

6 118001 080465

27,70

20) Aspirine 100 mg/30cps
Acide acetylsalicylique
Bayer S.A.

Cardioaspirine 100 mg/30cps

Acide acetylsalicylique

P.P.V. : 27,70 DH

Bayer S.A.

6 118001 090280

84,50

30) UEBERZUG
1 App/

اصحبوا معكم هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة

Dr. M'HAIDRA Abdeladim

Diabétologie - Nutrition -

Echographie

Diplômé de la Faculté de Médecine

de MONTPELLIER - FRANCE

HOMEOPATHIE - OMNIPRATICIEN

Spécialiste en Médecine

du travail de la Faculté de RENNES

Diplômé d'expertise

et de réparation juridique et corporelle
de la faculté de médecine de casablanca

Ancien Médecin à l'Hôpital

Provincial de Laâyoune

91, Village Pilote de Dar Bouazza

Tél.: 05 22 29 00 09 - INPE091112979



الدكتور عبد العظيم أمهيزرة

أمراض السكري و التغذية - الفحص بالصدى

خريج كلية الطب بمونبولي فرنسا

دبلومي في الفحص بالصدى

العلاج المثلي

اختصاصي في طب الشغل

من كلية الطب برانس

دبلوم في الخبرة

والتعويض الجسدي من كلية الطب بالدار البيضاء

طبيب سابقا بالمستشفى الإقليمي بالعيون

91, قرية النموذجية بدار بوعزة

الهاتف : 05 22 29 00 09 - INPE091112979

Dar Bouazza, le :

Handwritten signature and stamp.

Handwritten signature.

Handwritten signature.

Handwritten signature and stamp.

اصحبوا معكم هذه الوصفة عند الزيارة المقبلة



Casablanca, le 19/01/2024

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 190124-024 Pvt du: 19/01/2024 9:49

Nom : Mr BOUDJAJ Mimouna

Page : 1/1

BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	: 1,62 g/l	(0,7 - 1,15)	
(Technique : Enzymatique Photométrique GOD-PAP)			
Hémoglobine glycosylée	: 7,56 %	(4 - 6)	
(Technique : HPLC (ADAMS A1C Lite))			

LABORATOIRE DAR BOUAZZA
N° 23, Lot. Sahel - Dar Bouazza
Tél. 0522 29 27 39 - Fax : 0522 96 57 60
Gsm : 0662 68 49 19

Dr. BAHRI Leyla

Facture

N° facture : 2024-0467

Edité le : 20/01/2024 12:10:47

Patient : Mr BOUDJAJ Mimouna

Date prélèvement : 19/01/2024

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	40,20
Hémoglobine glycosylée	100	134,00
Total B	130	174,20
APB	25,0	25,00
Déplacement		0,00
Remise		69,20
Total		130,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent trente dirhams***

LABORATOIRE DAR BOUAZZA
N° 23, Lot Sahel, Dar Bouazza
Tel: 0522 29 27 39 - Fax: 0522 96 57 60
Gsm: 0662 68 49 19
ICE: 001899921000001

===== HA-8380V V01.17 =====
 19-01-2024 13:13 Var.
 MEAS No. **0012** Port No. 0023
 ID 2190124024-----

HbA1c **58** mmol/mol
 HbA1c **7.5** %
 HbF **0.4** %

		R. time	Area	%
P1		6	1045	2.7
P2	F	9	166	0.4
P3	L-A1c	11	829	2.1
P4	S-A1c	18	2889	7.4
P5	A0	40	34537	87.5
Total area value			39466	

30mOD

397mOD

