

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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.

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 01818

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

NAJAH ABDELLAH

Date de naissance :

17/12/1972

Adresse :

141 Lot la Corne d'Or,

Tél. :

0629797821 Total des frais engagés : ..... Dhs

Cadre réservé au Médecin

DR KAAB ABDELHADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

Cachet du médecin :

Date de consultation :

28/11/23

Nom et prénom du malade : AMALI PASHA Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Dysurie + Colopathie

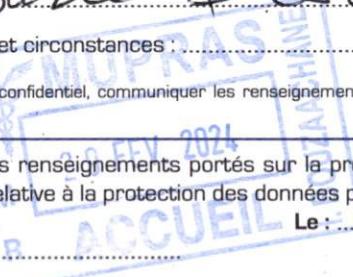
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 :

Signature de l'adhérent(e) :



### 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
29/11/23	Q	Q		DR. KAAB ABDALLAH Médecin Urologue Polyclinique CNSS Dab Ghalef INPE: 41094228

### EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

### ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LARATON CHAMROUF CE: 0010205918 AU: 0000000000 NS: 086124 RC: 410235	29/11/23	B 290	408,60 Dh

### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	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 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	
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

**O.D.F PROTHESES DENTAIRES**

**DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE**

H	25533412	21433552
D	00000000	00000000
B	35533411	11433553

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# وصفه ORDONNANCE



درب غلف  
DERB GHALLEF

le 28/11/13

Majid Abdellah

y CRL

y Ec Bt + Pn f

B melle - West

y Dard mif

O Hs Dr c

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
ICE : 001681692000016  
IF : 40606866 - TP : 36159885  
CNSS : 986124 - RC : 41923F

Dr. KAAB ABDELLADI  
Médecin Urgentiste Polyclinique  
CNSS Derb Ghalef  
INPE: 41094228

**Laboratoire d'Analyses Médicales**  
**Sidi Maarouf**

**Facture**

Casablanca, le 29/11/2023

Dossier N°: 291123-055 du: 29/11/2023

Médecin Dr : KAAB ABDELHADI

Patient :Mr NAJIH Abdessalam

Analyse	Valeur en B	Montant
CRP : PROTEINE-C REACTIVE	100	134,00
UREE	30	40,20
CREATININE	30	40,20
ACIDE URIQUE	30	40,20
HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C	100	134,00

Montant de prélèvement : 20,00  
Total en dirhams à payer: 408,60

LABORATOIRE SIDI MAAROUF  
ICE : 001001692000016  
IF : 40606886 - TP : 36159885  
CNSS : 986124 - RC : 410236



# مختبر التحاليل الطبية سidi معارف

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES SIDI MAAROUF

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

Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste

Casablanca, le 29/11/2023

Code Patient : 20-05072

### Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 291123-055 Pvt du: 29/11/2023 11:02

Nom : Mr NAJIH Abdessalam

Demandé par Dr : KAAB ABDELHADI



Page : 1/1

#### ANALYSES DE BIOCHIMIE (SANG)

		Valeurs Usuelles	Antériorité
CRP : PROTEINE-C REACTIVE (Tech. Immunoturbidimétrique)	: 3,2 mg/l	( Inférieur à 6 )	0,9 (20/06/23)
HÉMOGLOBINE GLYQUÉE : (HPLC D10-P...)	: 6,5 %	( 4,5 - 6,3 )	
		Suivi de HEMOGLOBINE GLYQUEE	
UREE (Technique enzymatique à l'uréase UV))	: 1,14 g/l 18,99 mmol/l	( 0,15 - 0,5 ) ( 2,5 - 8,33 )	1,03 (20/06/23) 1,00 (27/04/23) 0,89 (13/03/23) 0,86 (21/12/22) 0,94 (16/11/22)
CREATININE (Technique enzymatique)	: 34,31 mg/l 303,64 μmol/l	( 7 - 15 ) ( 61,95 - 132,75 )	27,20 (20/06/23) 32,20 (27/04/23) 29,42 (13/03/23) 27,26 (21/12/22) 25,64 (16/11/22)
ACIDE URIQUE (Dosage enzymatique à l'uricase)	: 36 mg/l 214,20 μmol/l	( 25 - 70 ) ( 148,75 - 416,5 )	98 (20/06/23) 55 (21/12/22) 84 (16/11/22)

Laboratoire Sidi Maarouf  
Dr. Ghizlane HADDIOUI  
Médecin Biologiste  
Sidi Maarouf Casablanca  
Tél.: 05 22 33 52 09 / 05 22 78 03 20 / 05 22 33 52 71 • GSM : 06 68 15 24 24 • E-mail : labosidimaarouf@gmail.com  
R.C : 410238 - Patente : 36159885 - I.F : 40606866 - CNSS : 9861924 - INPE : 093063360 - ICE : 001681692000016