

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.



Declaration de Maladie

N° W19-525198

Complément au N° W19-525200

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ A

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12720 Société : RATI 31911
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : BENBOUBKER ADIL
 Date de naissance : 04/07/1985
 Adresse : 14, Rue Abou Fassi Al Hamadani
 Tél : 0661466378 Total des frais engagés : 39,20

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 25 JUN. 2020
 Nom et prénom du malade : BENBOUBKER ADIL Age : 35

Lien de parenté : ☒ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

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'att. médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je
 avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Casablanca Le : 12/06/2020

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]


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
				INP : <input type="text"/>

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
	11/01/2020	B 280	1120,20

AUXILIAIRES MEDICAUX

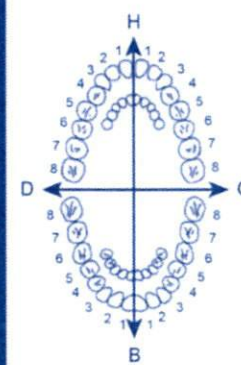
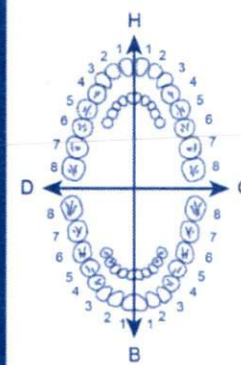
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>																					
				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			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"/>																					
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B		
	H		H																						
	25533412	21433552																							
	00000000	00000000																							
	D		G																						
	00000000	00000000																							
	35533411	11433553																							
	B																								
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession																								

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXE

Docteur Fatiha OUADIRGA

Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
Chirurgie Gynécologique, Maladie des seins
Coelioscopie - Colscopie - Hystéroscopie
Stérilité - Procréation médicalement assistée



الدكتورة فاتحة واديرغا

إختصاصية في أمراض النساء و التوليد
جراحة السرطان - أمراض الثدي
التشخيص و الجراحة بالمنظار
العقم - المساعدة الطبية على الإنجاب

Casablanca, le 19/02/2020 في الدار البيضاء،

10 Ferroukhi Boukhal Boutaine

Sculopie tous plans

H660 à 75



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
RDC DE LA RÉSIDENCE SAVOIE
24 RUE SAVOIE
20360 CASABLANCA

Dr. Fatiha OUADIRGA
Gynécologie - Obstétrique
Pôle Tadarq Quartier les Crêtes
Ain Chok Lot N° 158 2ème étage
Casablanca - Tél : 06 61 96 43 54



مختبر البيولوجيا سبتا للتحاليل الطبية و المتخصصة

LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA d'analyses médicales et spécialisées



Mme. ZEROUALI BOUKHAL BOUTAINA

PRIVEE

FACTURE N° 200400075

Dossier : 2004171030 du : 17-04-2020 à 13:28



PPRESCRIPTEUR :

ACTE :

Analyses : G, TOXC, TOXG, TOXM, PR, DELAI, ASPECT, CENTRI, V, M

FACTURATION:

Total en DH : 430.2

quatre cent trente dirhams vingt centimes

En vous remerciant pour votre confiance, veuillez agréer, Madame, Mademoiselle, Monsieur, l'expression de nos sincères salutations.

CASABLANCA, le Vendredi 17 Avril 2020



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA
RDC DE LA RÉSIDENCE SAVOIE
24 RUE SAVOIE
20360 CASABLANCA

Page 1 sur 1



Mme. ZEROUALI BOUKHAL BOUTAINA



DDN : 09-01-1994
Dossier : 2004171030
Du : 17-04-2020 à 13:28

2004171030

Compte-rendu complet

Cher patient, nous vous remercions de votre confiance, et vous transmettons Vos résultats.

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

Glycémie à jeun

(Hexokinase G6PD-H-ThermoFisher)

0.75 g/L

(0.70-1.10)

4.16 mmol/L

(3.89-6.11)

Consensus:

Taux Normal: 0.60 à 1.0 g/L

Diminution de la tolérance au glucose : 1.00 à 1.26 g/L

DIABETE: > 1.26 g/L (Observé sur deux prélèvements distincts)

SEROLOGIE INFECTIEUSE Echantillon sérique

SEROLOGIE DE LA TOXOPLASMOSE

Toxoplasmose IgG

(Dosage CMIA)

<0.1 UI/mL

Interprétation: <4 :Négatif, Entre 4 et 8:Douteux,>8 :Positif

Toxoplasmose IgM

(Dosage CMIA)

<0.10 UI/ml

(<0.55)

Interprétation:<0.55:Négatif, Entre 0.55 et 0.65:Douteux, >0.65:Positif

Conclusion :

Absence d'immunité; à suivre toutes les 3 semaines en cas de grossesse.

Edition validée par : Amal LOUAHABI



LABORATOIRE DE BIOLOGIE SEBTA

RDC DE LA RÉSIDENCE SAVOIE

24000 SAVOIE

20360 CASABLANCA

Page 1 sur 1



INPE: 093060820