

## 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 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 tous les 6 mois.



## Déclaration de Maladie

N° W19-526800

ND: 37627

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 9634 Société : Ran

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : ELCHAMATEY Youssef

Date de naissance : 11/03/1971

Adresse : min adene

Tél : 06 10 62 136 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 15/08/2020

Nom et prénom du malade :

Age :

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'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 :

Le :

Signature de l'adhérent(e) :

*[Signature]*

### Adresses Mails utiles

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



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
04/2020				INP : 091090142
				Docteur BITAR, Abdelhafid
				Médecin Généraliste
				2, El Alia

EXECUTION DES ORDONNANCES	
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date
	02/4/2020
	137,60
	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/04/2020	130	150,00

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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.																				
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																			
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td colspan="2">G</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		B		D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H																			
	25533412	21433552																		
	00000000	00000000																		
	G																			
	B																			
	D	G																		
	00000000	00000000																		
	35533411	11433553																		
	<p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>																
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>																	
			DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>																	

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

**Dr. BITAR Abdelhafid**

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé

(Chabab) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابقا بالمركز الصحي

(الشباب) العالية - المحمدية

المحمدية، في 02.4.22 ..... Mohammedia, le

د. بيطار عبد الحفيظ  
D.U en Diabetologie

Infra Neph

Ca I

Docteur BITAR Abdelhafid  
Medecine Générale  
321, Bd. Palestine Riad 2, El Alia  
Mohammedia  
Tél: 05 23 32 02 02 / GSM 06 65 86 90 86

Dr. BITAR Abdelhafid

Medecine Générale

D.U en Diabetologie

Ex Médecin Chef du Centre de Santé

(Chabab) El Alia - Mohammedia



الدكتور بيطار عبد الحفيظ

الطب العام

دبلوم جامعي في داء السكري

طبيب رئيسي سابقا بالمركز الصحي

(الشباب) العالية - المحمدية

المحمدية، في 08/4/2022

08/4/2022

Nafet Jonham

Amarel 4 (S.V)

sept

2022

68,80<sup>2</sup>  
137,60

Docteur BITAR Abdelhafid  
Medecine Générale

321, Bd. Palestine Riad 2, El Alia  
Mohammedia

Tel: 05 23 32 02 02 / GSM: 06 65 86 90 86

Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V.: 68,80 DH



Sanofi-aventis Maroc  
Route de Rabat - R.P.1  
Ain sebaa Casablanca  
Amarel 4 mg, cp b 30  
P.P.V.: 84,00 DH



الهاتف: 06 65 86 90 86 / 05 23 32 02 02

321، شارع فلسطين - رياض 2 -

321, Boulevard Palestine - Riad 2 - El Alia - Mohammedia - Tél: 05 23 32 02 02 / 06 65 86 90 86



# LABORATOIRE CENTRAL D'ANALYSES MEDICALES

Dr. EL HAJAJI MOHAMED  
Abderahmane serghni- Mohammedia.

ICE: 001781528000074

INPE: 093002509

Pat: 39450049

IF: 34637815

**FACTURE N° : 200400605**

MOHAMMEDIA le 20-04-2020

**Mme SOUFIANE NAJAT**  
**2004200017**

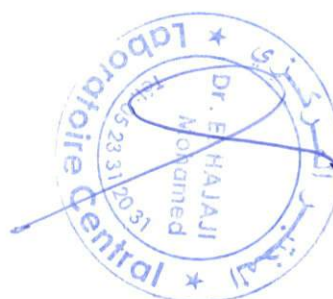
## Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 150.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante dirham s.





المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

المحمدية - (في اتجاه باب القصبة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحاججي

Date du prélèvement : 20-04-2020 à 10:06

Code patient : 1905160126

Né(e) le : 31-01-1972 (48 ans)

Edition du : 20-04-2020

Mme SOUFIANE NAJAT

Référence : 2004200017

Prescripteur :

## BIOCHIMIE SANGUINE

**Glycémie à jeun**

(Oxydase/ peroxydase)

**1.81** g/L

**10** mmol/L

(0.70-1.10)

(3.9-6.1)

16-05-2019

1.90

11



2004200017 - Mme NAJAT SOUFIANE

**DOSAGE DE L'HEMOGLOBINE GLYQUEE (FRACTION A1C)**

HEMOGLOBINE GLYCOSYLE

7.30 %

(<6.50)

16-05-2019

8.00

Interprétation des résultats selon la standardisation de l'ADA 2010 et utilisation de l'HBA1C dans le diagnostic du diabète OMS 2011.

- > ou = 6.5 % : Seuil de diagnostic du diabète
- 5.7 - 6.4% : Prédiabète (catégorie présentant un risque accru de diabète)

Suivi du diabète :

- valeur cible pour le cas général : 7% (à moduler selon les particularité du patient HAS 2013).

veuillez trouver ci-joint le chromatogramme fait par HPLC.



المختبر المركزي للتحليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

المحمدية - (في اتجاه باب القصبة)

Microbiologie - Hématologie - Toxicologie - Biochimie - Hormonologie - Immunologie - Fécondation in vitro

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

2004200017 - Mme NAJAT SOUFIANE

Résultats confirmés (RC)

En vous remerciant pour votre confiance

