

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.

Déclaration de Maladie

N° W19-526800

ND: 37627

Optique Autres



Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

9634

Société :

RAN

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

ERICKA TERRI VANSIER

Date de naissance :

11/03/1971

Adresse :

min adh

Tél. :

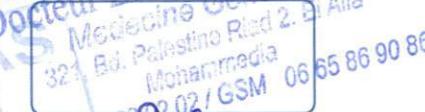
0661062136

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

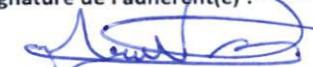
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

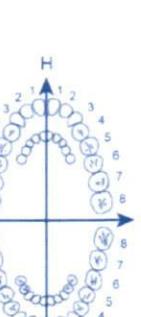
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) :

Le : 01/08/2016



| 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 (List of treated teeth) | Nature des Soins (Nature of treatments) | Coefficient (Coefficient) | INP : <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | CŒFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DÉBUT D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | FIN D'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | ODF PROTHÉSES DENTAIRES  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">H</td> <td style="text-align: center;">25533412</td> <td style="text-align: center;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> <td style="text-align: center;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">B</td> <td style="text-align: center;">35533411</td> <td style="text-align: center;">11433553</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">G</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | | | | | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | G | | |
| | | | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | G | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | (List of teeth for prosthesis) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | MONTANTS DES SOINS | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DU DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATE DE L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 سابق بالمركز الصحي

(الشباب) العالمية - المحمدية

Mohammedia, le

02.4.92

المحمدية، في

DU en Diabetologie

Signature: Nefi
Date: 04/02/92

Dr. 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 سابق بالمركز الصحي

(الشباب) العالية - المحمدية

Mohammedia, le

08/04/2022

Najet Sofiane

68,80²
137,60

Amarel 4 S.V

Zeptin 240 mg

Pharmacie LA LIBERTE
Mohammedia - Riad 2 - El Alia - 336, Boulevard Palestine - Tél: 0523 32 02 02

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

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



6 116001 081325

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



6 116001 081325

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

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 SOUIANE NAJAT
2004200017

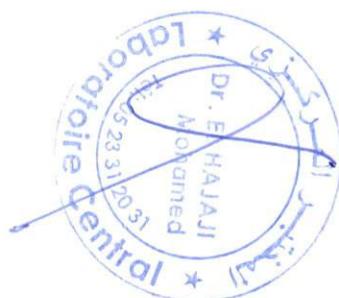
Récapitulatif des analyses

| 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.





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 :

16-05-2019

Glycémie à jeun

(Oxydase/peroxydase)

1.81 g/L (0.70-1.10)

10 mmol/L

(0.70-1.10)

1.90

11

BIOCHIMIE SANGUINE

Page 1 / 3



الختبر المركزي للتحليلات الطبية
LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

الحمدية - (في إتجاه باب القصبة)

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

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

2004200017 - Mme NAJAT SOUIANE

DOSAGE DE L'HEMOGLOBINE GLYQUEE (FRACTION A1C)

16-05-2019

HEMOGLOBINE GLYCOSYLE

7.30 %

(<6.50)

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 particularités du patient HAS 2013).

veuillez trouver ci-joint le chromatogramme fait par HPLC.



الختبر المركزي للتحاليلات الطبية

LABORATOIRE CENTRAL ANALYSES MEDICALES

المحمدية - (في إتجاه باب القصبة)

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

Dr. Mohamed EL HAJAJI

الدكتور محمد الحجاجي

2004200017 - Mme NAJAT SOUIANE

Résultats confirmés (RC)

En vous remerciant pour votre confiance

