

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.

Diagnostique 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

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



Déclaration de Maladie

N° P19- 050714

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 00294 Société : 38364

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : BAKDID Thami

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : BAKDID Thami 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) :

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° P19-050714

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

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	
				Coefficient des travaux
				Montant des soins
				Début d'exécution
				Fin d'exécution

O.D.F. Prc thèses dentaires	Détermination du coefficient masticatoire	Coefficient des travaux												
	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">H</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <th colspan="2">G</th> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </tbody> </table>	H		25533412	21433552	00000000	00000000	G		00000000	00000000	35533411	11433553	Montant des soins
	H													
	25533412	21433552												
	00000000	00000000												
G														
00000000	00000000													
35533411	11433553													
(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession		Date du devis												
		Fin d'exécution												

Visa et cachet du praticien
attestant le devis

Visa et cachet du praticien
attestant l'exécution

VOLET ADHERENT			NOM :	Mle
DECLARATION N°			P 17 / 0063192	
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes		
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle				



P 17 / 0063192

DATE DE DEPOT

/ / 201

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 0294	Signature de l'adherent
Nom & Prénom		BAKID THAM,	
Fonction	Phones		
Mail			

MEDECIN	Prénom du patient	Age	Date
	BAKID THAM,		10.22.20
Adhérent <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/>		Date 1ère visite	
Nature de la maladie			

S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances		
Nature des actes	Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
C 2		2500DH

PHARMACIE	Date
	10/2/2020
Montant de la facture	
2582,20	

ANALYSES - RADIOGRAPHIES	Date
	04/02/2020
Désignation des Coefficients	Montant détaillé des Honoraires
B 100	120,00DH

AUXILIAIRES MEDICAUX				Date
Nombre				Montant détaillé des Honoraires
AM	PC	IM	IV	

Signature et
cachet du praticien
Dr. BENABDES TAARJIF
Endocrinologue
Angle Route d'Azou
Im. Communale Etou
Casablanca - Tél: 05.22.95.34.49

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe K. Rue 194 N° 23/25
EL Oulfa - Casablanca
Tél: 05 22 89 09 63
I.C.E : 000500246000026

Centre de Diagnostic
Médicales TENSIFT
Dr. ALABOUCH Hafs
BD OUL TENSIFT 1er ETAGE
GROUPE K. CASABLANCA

2 SEP. 2020
ACCUEIL

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreux
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدركتور ف. ز. بن عباس (الشعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Casablanca, le :

10/02/2020

BAKDID THAMI

- Lantus solostar 100u/ml
16 UT MATIN AVT REP 3 MOIS

- Glynorm 1 mg
1 COMP MIDI 1 COMP LE SOIR AVT REP 3 MOIS

- ANTISPA
1 COMP X2 / J AP REP

- EPYCA 75 mg
1 COMP LE SOIR AP REP X 3 MOIS

744,00 x 3

51,70 x 6

40,00

9582,20

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azemmour
Imm. Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tél. 0522 93 31 49

Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Hay Hassani - Casablanca

Tél.: 0522 93 31 49 - GSM (Urgence) : 0522 90 07 85 / 0661 08 15 48 - E-mail : drbenabbes@hotmail.fr

51,70

51,70

51,70

51,70

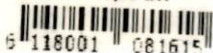
51,70

51,70

40,00

LOT 192271 1
EXP 10 2021
PPV 40.00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V: 744,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V: 744,00 DH



Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, inj b5 sty
P.P.V: 744,00 DH



Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol
Traitement de l'Obésité - Maigreux
Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V
Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. ز. بن عباس (التعارجي)

إختصاصية في أمراض الغدد - السكري
السمنة و الهرمونات

خريجة كلية الطب روني ديكارت بباريس
بالموعد

ORDONNANCE

Nom : BAKDIO Thani

Casablanca, le : 04.02.20

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Prot.C.R |
| <input type="checkbox"/> Fer sérique | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total |
| <input type="checkbox"/> Ferritine | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Groupage + rhésus | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Lonogramme sanguin | <input type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> GOT/GPT/GT | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> ECBU |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input type="checkbox"/> Autres: |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | |
| <input type="checkbox"/> Albuminurie | |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | |

Le laboratoire d'Analyses
Medicales T.E.C.H. S.A
Dr. AL LABOUZIEH
267, BD OUEJDAJEL - CASABLANCA
GROUPE "J" O

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azemmour
Imm. Communal 1^{er} Etage
Casablanca - Tél.: 05 22 93 31 49

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT276, Boulevard Oued Tensift, 1er étage
OULFA
CASABLANCADr Hafsa ALLABOUCH
Médecin Biologiste

Tél. : 0522 90 90 20 - Fax : 0522 90 90 21

Casablanca le mardi 4 février 2020 Monsieur BAKDID THAMI
MUPRA

FACTURE N°	23845
------------	-------

Analyses :

Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 100
------------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	K	1
-----------	---	---

TOTAL DOSSIER	120,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :
Cent Vingt DirhamsLaboratoire d'Analyses
Medicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCH Hafsa
276, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE
OULFA - CASABLANCA



Dossier ouvert le : 04/02/20

Prélèvement effectué à 12:17

Edition du : 04/02/20

Monsieur BAKDID THAMI

Né (e) le : 1938

Réf. : 20B41



Page : 1/1

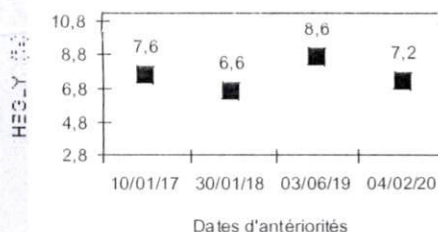
BIOCHIMIE

		Normales	Antériorités
Hémoglobine glycosylée ----- :	7,20 * %	4 - 6,3	03/06/2019 8,60

Interprétation

% HBA1c	Contrôle du taux de glucose
4 - 6,3	Intervalle non-diabétique
<7	Excellent équilibre glycémique
7-7,5	Assez bon équilibre glycémique
8-9	Equilibre glycémique médiocre (Action corrective surgérée*)
> 9	Mauvais équilibre glycémique (Action corrective nécessaire*)
*Risque élevé de développer des complication cardiovasculaires à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies et cardiopathies	

Bilan glycémique perturbé à contrôler.



Laboratoire d'Analyses
Médicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCH
Oued Tensift

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

267, Boulevard Oued Tensift Groupe "J", 1er étage - Oulfa - 20220 Casablanca

Tél. : 05 22 90 90 20 - Fax : 05 22 90 90 21 - laboratoiretensift@gmail.com - www.laboratoiretensift.ma

CNSS : 9720732 Patente : 36017172 IF : 14474751 ICE : 001684731000025

* RAPPORT D'ANALYSE *

LABORATOIRE TENSIFT

2020/02/04 12:24

TOSOH

V01.20

NO: 0009 TB 0001 - 09

ID: 20B41

CAL(N) = 1.1078X + 0.6522

TP 884

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	1.0	0.26	20.93
A1B	0.7	0.34	14.70
F	1.3	0.45	26.94
LA1C+	2.3	0.58	50.17
SA1C	7.2	0.71	126.94
A0	88.8	0.93	1901.36
AIRE TOTALE			2141.04

HbA1c 7.2%
IFCC 55 mmol/mol

HbA1 8.9 % HbF 1.3 %
0% 15%

