

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.

Pathologie 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.

Éducation :

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

Nº 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 ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº 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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | | Dents Traitées | Nature des soins | Coefficient |
|--|--------|----------------|------------------|-------------|
| DROITE | GAUCHE | | | |
| 11 21 2 13 14 5 6 17 1 38 37 36 35 34 43 41 31 32 | | | | |
| Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution | | | | |

| O.D.F. Prothèses dentaires | | Détermination du coefficient masticatoire | | |
|--|--------|---|---------------------------------------|--|
| DROITE | GAUCHE | H | 21433552 | |
| D 12 13 14 5 6 17 18 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 | | D 00000000 00000000 35533411 | G 00000000 00000000 11433553 | |
| Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution | | | | |
| (Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | |

Visa et cachet du praticien

attestant le devis

Visa et cachet du praticien

attestant l'exécution

| VOLET ADHERENT | NOM : | Mme |
|--|----------------|------------------------|
| 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 | | |
| Cachet MUPRAS | | |

| A REMPLIR PAR L'ADHERENT | | Mme 00294 | Signature de l'adhérent |
|---|-----------------------------------|--|---------------------------------|
| Nom & Prénom : BAKOUD THAM | | Fonction : Retraité | |
| Phones : | | Mail : | |
| MEDECIN | Prénom du patient : BAKOUD Tham | | |
| Adhérent <input type="checkbox"/> | Conjoint <input type="checkbox"/> | Enfant <input type="checkbox"/> | Age : 10.02.20 |
| Nature de la maladie : Maladie | | Date 1ère visite : | |
| S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances | | | |
| Nature des actes | | Nbre de Coefficient | Montant détaillé des honoraires |
| C 2 | | | 280 DH |
| PHARMACIE | Date : 10/2/2020 | | |
| Montant de la facture : 2582,20 | | | |
| ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date : 04/02/20 | | | |
| Désignation des Coefficients : B100 | | Montant détaillé des Honoraires : 120,00 | |
| AUXILIAIRES MEDICAUX Date : 02 SEP. 2020 | | | |
| Nombre | | Montant détaillé des Honoraires : 02 SEP. 2020 | |
| AM | PC | IM | IV |
| | | ACCUEIL | |

Signature de l'adhérent

Dr. BENABDES TAARJIF, et
Endocrinologue, Radiologue, Anglaise, Communauté, Tél. 05.22.95.31.39

PHARMACIE SOUFIANE
Groupe N, Rue 104 N° 23/25
El Oulifa - Casablanca
tel. : 05 22 89 09 63
I.C.F : 000500246000026

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitements de l'Obésité - Maigreurs

Glande Thyroïde - Surrénale - Seins - Stérilité

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



الدكتورة ف. ز. بن جباس التمارجي

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

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

764,00 × 3

51,70 × 6

40,00

2582,20

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabetologue
Angle Route d'Azemmour
Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Casablanca - Tel: 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
P.P.V 40,00

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

Sanofi-aventis Maroc
Route de Rabat -R.P.1,
Ain sebaâ Casablanca
Lantus 100U/ml, Inj b6 sty
P.P.V : 744,00 DH
6 118001 081615

Docteur. BENABBES TAARJI F.Z

Endocrinologue - Diabétologue

Spécialiste en Diabétologie - Cholestérol

Traitement de l'Obésité - Maigreur

Glande Thyroïde - Surrénales - Seins - Stérilité

Diplômée de l'Université René Descartes Paris V

Sur Rendez-Vous



الدكتورة ف. زين جعاتي التمارجي

اختصاصية في أمراض الغدد - السكري

السمنة والهرمونات

خريجة كلية الطب رونى ديكارت بباريس

بالموعد

ORDONNANCE

Nom : Bakrid Thani'

Casablanca, le : 04.02.20

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Prot.C.R |
| <input type="checkbox"/> Fer sérieux | <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 | |

Dr. BENABBES TAARJI F.Z
Endocrinologue - Diabétologue
Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1^{er} Etage (à gauche)
Im. Communal 1^{er} étage
Casablanca - Tel. 05 22 93 31 49

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT

276, Boulevard Oued Tensift, 1er étage
OULFA
CASABLANCA

Dr Hafsa ALLABOUCHE
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 Dirhams

Laboratoire d'Analyses
Medicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCHE Hafsa
Bd OUED TENSIFT 1er ETAGE
CASABLANCA



مختبر التحاليلات الطبية تانسيفت

Laboratoire d'Analyses Médicales Tensift

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

د. حفصة علابوش
Dr. Hafsa ALLABOUCH
Médecin Biologiste

Ancienne Interne des Hopitaux de Lille - France
DU Antibiothérapie et Chimiothérapie anti-infectieuse-Lille
DU Qualité et Accréditation en Biologie Médicale-Lille

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

Hémoglobine glycosylée ----- : 7,20 * %
(HbA1c) (en %)

Normales Antériorités

03/06/2019

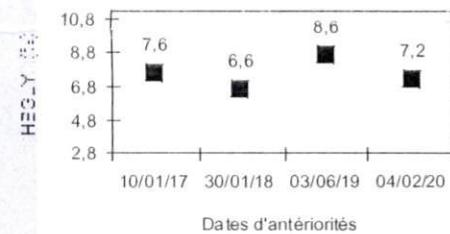
4 - 6,3 8,60

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 | Équilibre glycémique médiocre (Action corrective urgée*) |
| > 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
Casablanca
Tél. : 05 22 90 90 20 - Fax : 05 22 90 90 21 - laboratoiretensift@gmail.com - www.laboratoiretensift.ma

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 |
| AO | 88.8 | 0.93 | 1901.36 |
| AIRE TOTALE | | | 2141.04 |

HbA1c 7.2%
IFCC 55 mmol/mol

