

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.

Diagnostic 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.

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



43801

Déclaration de Maladie : N° P19- 0016864

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2114 Société : RAM
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : RETRAITE
Nom & Prénom : ACHIL ABDELGHAN Date de naissance : 1/1/1953
Adresse : 12 RUE MOUSSA AL AYAOUBI BOURBOURGUE DASA
Tél. : 06 38 99 00 25 Total des frais engagés : 3994160 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : Docteur Fatima CHEMLAL Médecine Générale Echographie 119 Bd. Bourgogne 1er Etage Casa Ana Tél.: 022 22 85 45
Date de consultation : 22/09/2020
Nom et prénom du malade : BOUASSINE Zakia Age :
Lien de parenté : ☐ Lui-même ☒ Conjoint ☐ Enfant
Nature de la maladie : Affection chronique
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 : Casa Signature de l'adhérent(e) : Achil Le : 23/09/2020

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
22/09/20	hsc		200 DH	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	22/09/20	199,00

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	03.10.20	B130	160 DH

AUXILIAIRES MEDICAUX

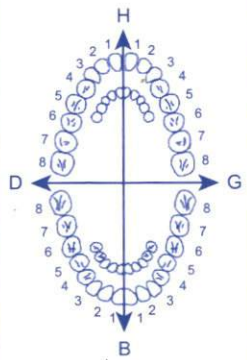
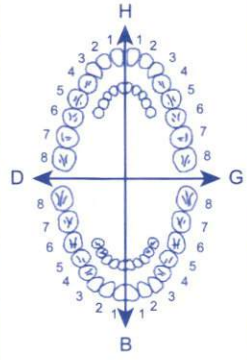
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient																							
				CCEFFICIENT 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 CCEFFICIENT MASTICATOIRE <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				CCEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> MONTANTS DES SOINS <input type="text"/> DATE DU DEVIS <input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>
	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'EXECUTION

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيحة شملالي

الطب العام
الفحص بالصدى

Casablanca

22/09/2020

دار البيضاء في

PPV
LOT
PER

28,20



PHARMACIE BSAÏD
Houda Bensaïd
Pharmacien

13, Rue Jaafar Ibn Habib - Bourgogne
Casablanca - Tél.: 022.49.28.79

Bonjour Zuhra

79,00

OPRA 20

^

4590 x 2

2.

1 rimedat sachet

pour ma

28,20

3

199,00

he ppiol 10

11 x 27

S.V.

LOT: M0268
PER: 09/2021
PPV: 79,00DH

LOT : 5435
UT.AV : 05-23
PPV : 45DH90

LOT : 5435
UT.AV : 05-23
PPV : 45DH90

119, شارع بوركون - أمانة فينيسيا - الطابق الاول (امام مستوصف احد) الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage (en face de centre de santé OUHOUD) Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

Docteur Fatiha Chemlali

Médecine Générale

Echographie

الدكتورة فتيحة شملالي

**الطب العام
الفحص بالصدى**

Casablanca, le :

22/08/2020

الدار البيضاء في

17-1 Ben Prine Zehra

Ghuni'a
Hmof 6 me Jyus

Docteur Fatiha CHEMLALI
Médecine Générale
Echographie

119, Bd. Bourgogne - 1er étage - Casablanca
Tél. 0522 22 85 46

A.M.B.
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales
136, Résidence Belhacen Bd. Bourgogne
Tél. 0522 20 81 02 - 0522 20 80 29
Fax. 0522 20 81 00 Casa

119 , شارع بوركون - أقامة فينيسيا - الطابق الاول(امام مستوصف احد)الدار البيضاء - الهاتف : 0522.22.85.46

119, Bd. Bourgogne - Résidence Phénicia - 1er étage(en face de centre de santé OUHOUD)/Casablanca - Tél : 0522.22.85.46

Laboratoire BOURGOGNE
136 Résidence Belhecen, Boulevard Bourgogne
Tél : 0522208099/0522208102 - Fax : 0522208100
@ : labebourgogne.lamb@gmail.com

FACTURE N° : 200002804

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 03-10-2020

IF: 15231383
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053
N°CNSS: 4430534

Mme Zahra BOUHSINE

Demande N° 2010030008
Date de l'examen : 03-10-2020

Analyses :

Récapitulatif des analyses

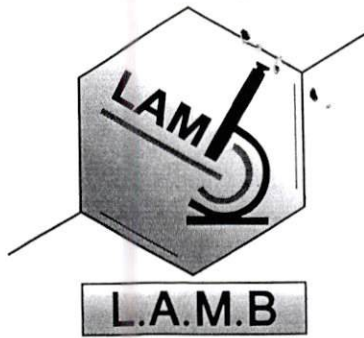
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E17	E
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B

Total des B : 130

TOTAL DOSSIER : 160.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent soixante dirhams

L.A.M.B.
Laboratoire Bourgogne d'Analyses Médicales
136, Résidence Belhecen Bd. Bourgogne
Tél: 0522 20 81 02 - 0522 20 80 99
Fax: 0522 20 81 00 - Casa



L.A.M.B

Mme BOUHSINE Zahra
Code Patient : 1904100024
Prélèvement du : 03-10-2020
externe

Médecin : Dr CHEMLALI FATIHA

Edition : 03-10-2020

BIOCHIMIE SANGUINE

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Hékokinase-G6PDH Cobas Integra 400
plus - Roche)

1.02 g/L (0.74-1.06)
5.66 mmol/L (4.11-5.88)

23-04-2019

1.34

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 2 prélèvements distincts)

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

(chromatographie en phase liquide à haute
performance (CLHP)- GX)

5.4 % (4.0-6.0)

23-01-2020

5.3

Interprétation des résultats selon la standardisation du NGSP :

HBA1C entre 4.0 et 6.0 % : intervalle non diabétique

HBA1C inférieur à 6.5 % : excellent équilibre glycémique (DNID)

HBA1C inférieur à 7.0 % : excellent équilibre glycémique (DID)

HBA1C entre 7.0 et 8.0 % : bon équilibre glycémique

HBA1C à 8 % : Action corrective suggérée

Remarque :

Le dosage de l'HBA1C est réservé au suivi de l'équilibre glycémique chez les diabétiques

Validation Biologique par : Dr BELLAMINE KAWTHAR

Dr. Bellamine Kawthar
Médecin Biologiste
Laboratoire d'Analyses Médicales
Bourgogne