

# 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

- |                                  |                       |
|----------------------------------|-----------------------|
| 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 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](http://www.mupras.com)

## Déclaration de Maladie : N° P19- 0011409

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

**22158**

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **487** Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : **Bouchnak - BENNOUALA** Date de naissance :

Adresse : **14 AVOLEA CR Rue 151 n° 27 CASA**

Tél. : ..... Total des frais engagés : ..... Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : ..... / ..... / .....

Nom et prénom du malade : **Bounnah M'SARIA** Age : .....

Lien de parenté :  Lui-même  Conjoint  Enfant

Nature de la maladie : ..... **J. couler.**

En cas d'accident préciser les causes et circonstances : .....

Dans le cas où la mutuelle 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 loi relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Signature de l'adhérent(e) : .....

**ACCUEIL**

Le : **15/10/2020**

## **RELEVE 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
03/01/2023	JAN 2023	6	20291	Dr Hamid FAZI Dermatologue 1 Rue 50 N° 1 C.SABLANCA 12922 91 Signature Dr Hamid FAZI
28/01/2023	Labo CS de la peau	300DN		Dr Hamid FAZI Dermatologue 1 Rue 50 N° 1 C.SABLANCA 12922 91 Signature Dr Hamid FAZI

## **EXECUTION DES ORDONNANCES.**

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
<i>CLINIQUE Angie Rue Mohamed Mangard Qarier Par Habib El Khatib</i>	28/01/2020	B10	3000 Dh
	29/01/2020	B130	184,20 Dh

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

## **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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ORL.

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

	<p><b>MONTANT DENTAIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>									<p><b>CÉFICIENT DES TRAVAUX</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> <tr> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> <td style="width: 50px; height: 40px;"></td> </tr> </table>								
<p><b>MONTANTS DES SOINS</b></p>																		
<p><b>DATE DU DEVIS</b></p>																		
<p><b>DATE DE L'EXECUTION</b></p>																		
<p><b>[Création, remont, adjonction]</b></p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>																		

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Casablanca, le :

28/01/20

Nom / Prénom :

boumousha, M'BARKA

Age :

Renseignements cliniques :

cotonuato

 GLYCEMIE A JEUN UREE CREATININE BHE NFS PLAQUETTES VS TP TCK GROUPAGE HEMOGLOBINE GLYQUEE SEROLOGIE HBS SEROLOGIE HCV SEROLOGIE HIV AUTRE :Dr. Mehdil LABHABI  
Réanimateur  
Anesthésiste

## FACTURE

N° : 1121 B / 2020 du 28/01/2020

BIOMETRIE

Nom patient	<b>BOOUNOUALA MBARKA</b>	Entrée	28/01/2020
	<b>PAYANT</b>	Sortie	28/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
BIOMETRIE	1,00		300,00	300,00
<i>Sous-Total</i>				300,00
<b>Total Clinique</b>				<b>300,00</b>

Arrêtée la présente facture à la somme de :	<b>Total</b>	<b>300,00</b>
TROIS CENTS DIRHAMS		


  
 CLINIQUE AL MADINA  
 Avenue Mohamed Bahi et Rue Mansard Quartier Palmiers Casablanca  
 Tél: 05.22.77.77.40 à 49 (LG) / 05.22.25.00.02  
 Fax: 05.22.25.00.01 - Casablanca - E-mail : clinique.almadina@yahoo.fr - I.F n°: 1007171 - Patente : 34782425

## FACTURE

N° : 1122 B / 2020 du 28/01/2020

CPA

Nom patient BOUNOUALA MBARKA  
PAYANT

Entrée 28/01/2020  
Sortie 28/01/2020

Désignation des prestations	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
-----------------------------	--------	------------	---------------	---------

FRAIS CLINIQUE	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00

**Total Clinique 150,00**

DR. LAHBABI MEHDI (anesthesiste)	CPA	1,00	150,00	150,00
<i>Sous-Total</i>				150,00

**Total Autres prestations 150,00**

Arrêtée la présente facture à la somme de :		Total	300,00
TROIS CENTS DIRHAMS			

Dr. Mehdil LAHBABI  
Anesthésiste Réanimateur

CLINIQUE AL MADINA  
Caisse  
Angle Rue Mohamed Bahi et  
Rue Mansard Quartier Palmiers  
Casablanca  
Tél: 05 22 77 77 40/49 - Fax: 05 22 25 00 01

**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 mercredi 29 janvier 202 Madame BOUNOUALA MBARKA

FACTURE N° 23785

## Analyses :

Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 130

## Prélèvements :

Sang-----	K	1	

TOTAL DOSSIER 184,20 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Quatre vingt Quatre Dirhams et Vingt Centimes

Laboratoire d'Analyses  
Médicales **TENSIFT**  
Dr. ALLABOUCHE Hafsa  
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE  
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA





# مختبر التحاليل 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 : 29/01/20

Prélèvement effectué à 09:20

Edition du : 29/01/20

Madame BOUNOUALA MBARKA

Né (e) le : 1948

Réf. : 20A20F



Page : 1/1

### BIOCHIMIE

#### \* RAPPORT D'ANALYSE \*

Glycémie à jeûn----- : 1,27 \* g/l  
(Technique: Autoanalyse KOTELAB 2011) Soit : 7,05 mmol/l

Résultat contrôlé.

Hémoglobine glycosylée----- : 6,40 \* %  
(HbA1c IFCC 2001)

Interprétation

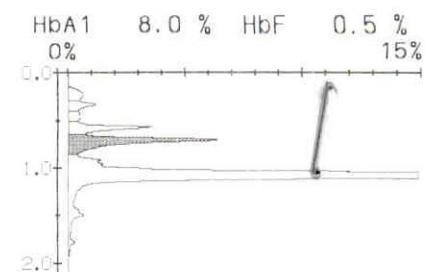
% HbA1c	Contrôle du taux de glucose
4 - 6.3	Intervalle non-diabétique
<7	Excellent équilibre glycémique
7-7.5	Assez bon équilibre glycémique
8-9	Equilibre glycémique médiocre (Action corrective urgente*)
>9	Mauvais équilibre glycémique (Action corrective nécessaire*)

\*Risque élevé de développer des complications cardiovasculaires à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies et cardiopathies

LABORATOIRE TENSIFT  
2020/01/29 12:42  
TOSOH V01.20  
NO: 0008 TB 0001 - 05  
ID: 20A20F  
CAL(N) = 1.1078X + 0.6522  
TP 900

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.8	0.25	15.04
A1B	0.8	0.34	16.37
F	0.5	0.47	10.10
LA1C+	2.3	0.58	44.66
SA1C	6.4	0.71	99.36
AO	90.4	0.97	1741.24
AIRE TOTALE			1926.78

HbA1c 6.4%  
IFCC 46 mmol/mol



Laboratoire d'Analyses  
Médicales TENSIFT  
Dr. ALLABOUCH Hafsa  
267, BOULEVARD TENSIFT 1er ETAGE  
GROUPE "J" OULFA - CASABLANCA

Bilan glycémique perturbé à contrôler.

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

## AL MADINA

Nom. patient: BOUNOUALA

Age:

ID: MBARKA

Opérateur: DR ZAFAD

Pré-réglage Bio: PROBE CHECK

Pré-réglage Pachy: Dr Zafad

## OD/Œil Droit

TA: 0.00

K1: 45.49

K: 46.42

LA MOY: 20.59

ET: 0.08

K2: 47.34

CA: 2.28

1er

LIO: Physiol P

Formule: SRK-T

A:118.50

Emmetropie: 27.81

PUIS. LIO Réfraction

26.00	1.27
26.50	0.92
27.00	0.57
27.50	0.22
28.00	-0.13
28.50	-0.49
29.00	-0.86
29.50	-1.22
30.00	-1.60

2nd

LIO: Visifold P

Formule: SRK-T

A:118.00

Emmetropie: 26.95

PUIS. LIO Réfraction

25.00	1.39
25.50	1.04
26.00	0.69
26.50	0.33
27.00	-0.04
27.50	-0.41
28.00	-0.78
28.50	-1.15
29.00	-1.53

3ème

LIO: Evekon P

Formule: SRK-T

A:118.40

Emmetropie: 27.64

PUIS. LIO Réfraction

25.50	1.49
26.00	1.15
26.50	0.80
27.00	0.45
27.50	0.10
28.00	-0.26
28.50	-0.62
29.00	-0.99
29.50	-1.36