

# 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

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.

**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- 0014596

### Maladie

### Dentaire

### Optique

### Autres

22279

#### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2114 Société : RAM  
 Actif  Pensionné(e)  Autre : RETRAITE  
Nom & Prénom : ACH. I.D. ABDELGHANI Date de naissance : 1/1/1953  
Adresse : 13 Rue mousa al AYoubi EIG 2 APP 11 Boungour  
Tél. : 0678990025 Total des frais engagés : 15.100 Dhs

#### Cadre réservé au Médecin

##### Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ..... 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 : USA

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :



#### **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

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

## **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Technicien et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	23/01/20	B100	152,00 DH

#### AUXIHAIBES MEDICAUX

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

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F  
PROTHESES DENTAIRES

## DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	C
00000000	00000000
35533411	11433553

[Création, remont, adjonction]  
fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

[Création, l'émont, adjonction] fonctionnel. Thérapeutique nécessaire à la profession

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET SACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

# ORDONNANCE

Casa Le : 23/01/2020

Bouhsine Tahra

1) Glycémie à Jeun

2) HbA1C

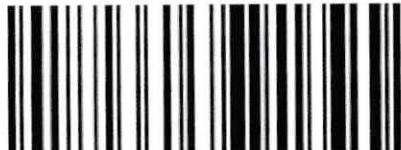


Dr. IMAD-EDDINE B  
Médecin Généraliste  
C/S Ouhoud  
Casa - Anfa

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

## FACTURE N° : 200000257

INPE : 097164701



097164701

Casablanca le 23-01-2020

IF: 15231383  
N°Patente: 35490624

ICE: 001692860000053  
N°CNSS: 4430534

Mme Zahra BOUHSINE

Demande N° 2001230023  
Date de l'examen : 23-01-2020

Analyses :

### Récapitulatif des analyses

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

Total des B : 100

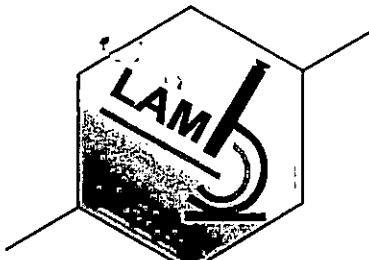
TOTAL DOSSIER : 151.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent cinquante et un dirhams

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

**LABORATOIRE BOURGOGNE  
D'ANALYSES MEDICALES  
ET SCIENTIFIQUES**

**DOCTEUR BELLAMINE CHORFI KAWTHAR**  
Médecin spécialiste en biologie clinique  
et analyses médicales



**مختبر بورجون  
للتحاليل الطبية و العلمية**

الدكتورة بلامين شرفى كوثر  
طبيبة اختصاصية في البيولوجيا السريرية  
و التحاليل الطبية

**L.A.M.B.**

Mme BOUHSINE Zahra  
Code Patient : 1904100024  
Prélèvement du : 23-01-2020

Edition : 23-01-2020

Médecin : Dr Imad-Eddine B

15-08-2019

**HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE**

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

5.3 %

(4.0-6.0)

5.7

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**

Page : 1/1

**Adresse : 136, Résidence Belhcen , Bd. Bourgogne - Casablanca**

**Tél .: 05 22 20 80 99 / 05 22 20 81 02 - Fax : 05 22 20 81 00**

**Mail : labobourgogne.lamb@gmail.com**

**site web : www.labobourgogne.com**