

# 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](mailto:contact@mupras.com)
- Prise en charge : [pec@mupras.com](mailto:pec@mupras.com)
- Adhésion et changement de statut : [adhesion@mupras.com](mailto: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](http://www.mupras.com)



## Déclaration de Maladie

N° P19- 0038876

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société : 23549  
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :  
 Nom & Prénom : ET TAHALI MOHAMED  
 Date de naissance :  
 Adresse :  
 Tél. : 0662360713 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :  
 Date de consultation :  
 Nom et prénom du malade : ET TAHALI FATIMA 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 :  
 Signature de l'adhérent(e) :






# 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

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	17/12/2018	D.3m	479,0

# AUXILIAIRES MEDICAUX

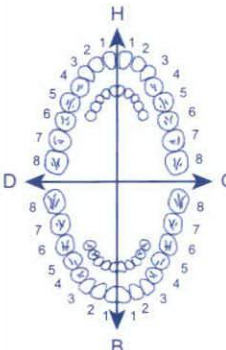
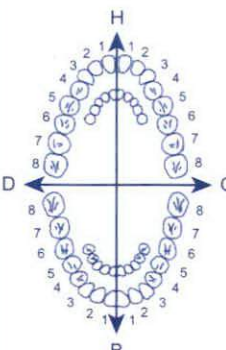
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient															
				COEFFICIENT 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	<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> <table border="1"> <tr><td colspan="2">H</td></tr> <tr><td>25533412</td><td>21433552</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>D</td><td>G</td></tr> <tr><td>00000000</td><td>00000000</td></tr> <tr><td>35533411</td><td>11433553</td></tr> <tr><td colspan="2">B</td></tr> </table> <p>(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	
H																		
25533412	21433552																	
00000000	00000000																	
D	G																	
00000000	00000000																	
35533411	11433553																	
B																		
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
				DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>														

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

# BILAN BIOLOGIQUE

Le : 17/1/2020



Nom / Prénom : .....

Age :

Sexe : H ☐

F ☒

- ☐ NFS
- ☐ Groupage sanguin
- ☒ Glycémie à jeun
- ☐ Glycémie post prandiale
- ☒ HbA1c
- ☐ Albuminurie
- ☒ Microalbuminurie
- ☐ GOT/GPT
- ☒ Cholestérol Total
- ☒ HDL-Cholestérol
- ☒ LDL-Cholestérol
- ☒ Triglycérides

- ☒ Acide urique sanguin
- ☐ T3 -T4
- ☐ TSH
- ☐ VS
- ☐ Ionogramme sanguin
- ☒ Urée sanguine
- ☒ Créatinémie
- ☐ Sérologie
  - Toxoplasmose
  - Syphilis
  - Rubéole
- ☐ PSA
- ☐ Autres : .....



Settat le mardi 21 janvier 2020 Madame FILAHI FATIMA

FACTURE N°	2805
------------	------

Analyses :			
Glycémie (à jeûn) -----	B	30	
Hémoglobine glycosylée -----	B	100	
Créatinine -----	B	30	
Acide urique -----	B	30	
Cholestérol total -----	B	30	
Cholestérol HDL -----	B	40	
Cholestérol LDL -----	B	40	
Triglycérides -----	B	50	Total : B 350
Prélèvements :			
Sang-----	Pc	1	
TOTAL DOSSIER		479,00 DH	

Arrétée la présente facture à la somme de :  
Quatre Cent Soixante Dix Neuf Dirhams

مختبر التحليلات  
الطبية الأمل  
BIOLOGIE MÉDICALE  
74/76, Bd. Hadj Bou  
Tél: 0523 40 23 84 - Fax: 0523 72 17 84  
Settat



Edité le : 03/03/20

**DUPLICATA**

**Madame FILAHI FATIMA**

Dossier : 20A1502

Du : 21/01/20

Prescripteur :

Page : 1/1

**BIOCHIMIE**

Konelab 20 i

Selectra

		Normales	Antériorités
Glycémie à jeun ----- :	1,08 g/l	0,7 - 1,2	
Hémoglobine glycosylée (Hb A1c)----- :	5,50 %		

(ADAMS- ARKRAY -HA-8180V Haute Performance Liquide Chromatographie)

\* Methode de reference Certifié NGSP-IFCC

\*detection des principaux variants

\*Reproductibilité (CV < 1%)

Valeurs normales:

\* 5,8 - 6,4 % Risque de diabète

\* > 6,5 % Diabétique

\* Pour la plupart des patients diabetiques de type 2 une cible d'Hb A1C < 7 % est recommandée

Créatinine ----- :	17,3 * mg/l	6 - 11
Acide urique ----- :	77 * mg/l	35 - 60
Cholestérol Total ----- :	2,74 * g/l	1,4 - 2
Cholestérol HDL ----- :	0,56 g/l	> 0,4
Cholestérol LDL ----- :	1,64 * g/l	< 1,3
Triglycérides ----- :	2,72 * g/l	0,4 - 1,5

مختبر التحليلات الطبية الأمل  
BIOLOGIE MÉDICALE  
74/76, Bd. Hadj Bouchaib BELABSSIR • SETTAT  
Tél.: 0523 40 23 84 • Fax : 0523 72 17 84