

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions 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.

armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

diologie 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.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, 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 canalaire.

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

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 8334 Société : 93543

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ETTAHALI MOHAMED

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : 06.62.36.07.13 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : ETTAHALI 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) :

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires
 LABORATOIRE DE MEDICALE DU BOURG DU LAC • TEL: 04 75 23 00 30	17/12/2018	D. 300	479,00

AUXILIAIRES MEDICAUX

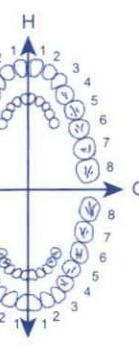
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

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 canalaire, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient		
			Coefficient des travaux		
			Montants des soins		
			Début d'exécution		
			Fin d'exécution		
	O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
		$ \begin{array}{r l} H & 25533412 \quad 21433552 \\ D & 00000000 \quad 00000000 \\ & \hline & 35533411 \quad 11433553 \end{array} $		Coefficient des travaux	
		(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			Montants des soins
					Date du devis
					Date de l'exécution

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

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input checked="" type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> Groupage sanguin | <input type="checkbox"/> T3 -T4 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Glycémie à jeun | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input type="checkbox"/> VS |
| <input checked="" type="checkbox"/> HbA1c | <input type="checkbox"/> Ionogramme sanguin |
| <input type="checkbox"/> Albuminurie | <input checked="" type="checkbox"/> Urée sanguine |
| <input checked="" type="checkbox"/> Microalbuminurie | <input checked="" type="checkbox"/> Créatinémie |
| <input type="checkbox"/> GOT/GPT | <input type="checkbox"/> Sérologie |
| <input checked="" type="checkbox"/> Cholestérol Total | - Toxoplasmose |
| <input checked="" type="checkbox"/> HDL-Cholestérol | - Syphilis |
| <input checked="" type="checkbox"/> LDL-Cholestérol | - Rubéole |
| <input checked="" type="checkbox"/> Triglycerides | <input type="checkbox"/> 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	

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Quatre Cent Soixante Dix Neuf Dirhams

مختبر التحاليل
الطبية الامال
EL AMAL
BIOLOGIE MÉDICALE
74/76, Bd. Hadj Bou Chaib BELABSSIR • SETTAT
Tél.: 0523 40 23 84 • Fax : 0523 72 17 84

Edité le : 03/03/20

DUPLICATA

Madame FILAHI FATIMA

Dossier : **20A1502**

Du : 21/01/20

Prescripteur :

Page : 1/1

B I O C H I M I E
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)

* Méthode de référence 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 diabétiques 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

