

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 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

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° W19-507977

☐ Maladie ☒ Dentaire **24147** ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : **2458** Société :
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : **KHEZZAR NAJIA**
 Date de naissance : **1956**
 Adresse : **20 passage TISSIRE 2 BOULEVARD**
 Tél. : **0646562907** Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :
 Nom et prénom du malade : **Khezzar Najia** Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : **DM2**
 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 : Le : / /

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
23/01/20	C	1	1500F	INP : 0910582874 [Signature]

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
[Signature]	21/3/20	300/20

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

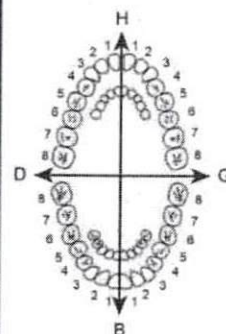
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
[Signature]	21/3/20	130,60	130,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

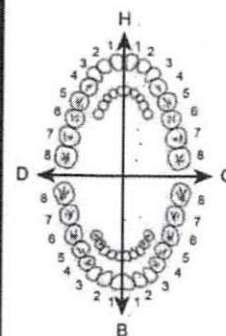
Cachet et signature du Particien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.



O.D.F
PROTHESES DENTAIRES



DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	G
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)
Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

MONTANTS DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANTS DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

☒ valable 3 mois

Le/...../20.....

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE ☒

*(À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Présente

Nécessitant un traitement d'une durée de :

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1
Berrechid (Près des Taxis Jakma)
Tél : C : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

الدكتور مشعل عبدالحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التيسير 1
برشيد - (قرب تاكسيات جكمة)
الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

Prénom :

Berrechid :

89,00

54,30

LOT: M0104
EXP: JU 2020
PPV: 49,70 DH

LOT: 19E003
PER: 04 2021
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



LOT: 19E001
PER: 10 2020
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



LOT: 19E002
PER: 01 2021
KARDECIG 75MG
SACHETS B30
P.P.V: 30DH70



54,30
89,00

1/ Diaman L 2 mois
2/ Glucos 1 pli
3/ Kardecig 1 sachet
35,70 x 3
107,10
300,10

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1
Berrechid (Près des Taxis Jakma)
Tél : C : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

الدكتور

الصب

6 شارع الحرية - حي التسيير 1
برشيد - (قرب طاكسيات جقمة)
الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom :

Prénom :

Berrechid :

Hb sygnée

ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Ammed V. BERRECHID

Dr. Abdelhak MECHAL
6 Bd de la Liberté - Tissir 1
Berrechid (Près des Taxis Jakma)
Tél : C : 05 22 32 52 87
INPE : 061098281

LABORATOIRE IBN SINA

Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

BEN RECHID

ICE : 001761756000030

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644

FACTURE : 70236

IB 23002 B

Nom et Prénom : Mme KHEZZAR Najia

Prescripteur : Dr. MECHAL Abdelhak

Référence : 030320 005

Date : 03/03/2020

BILAN :

HBA1 B 90 +

MONTANT NET : 130,60 Dhs Soit 90 B

ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :

Cent trente Dh et soixante cts

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
Ed. Mohammed V, BEN RECHID
Tél 05 22 33 66 43

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2020/03/03 11:39

TOSOH CORPORATION V01.10

NO: 0002 TB 0001 - 02

ID: 30303005

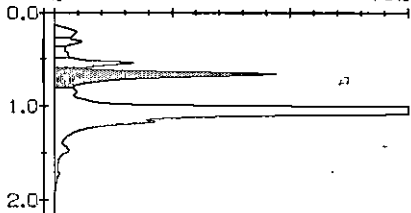
CAL(N) = 1.0987X + 0.8074

TP 572

NAME	%	TIME	AREA
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	1.0	0.21	15.95
A1B	0.8	0.32	12.48
F	0.6	0.42	9.59
LA1C+	2.3	0.55	36.99
SA1C	9.4	0.67	128.02
A0	87.6	1.05	1427.85
TOTAL AREA			1630.89

HbA1c 9.4%
IFCC 80 mmol/mol

HbA1 11.2 % HbF 0.6 %
0% 15%





Bd. Mohammed V - BERRECHID
Tél. : 05 22 33 66 43

شارع محمد الخامس - برشيد
الهاتف : 05 22 33 66 43

Berrechid le : 03/03/2020
CIN : B321501
Résultats complets
Edité le: 03/03/2020
Medecin Dr. MECHAL Abdelhak

Mme KHEZZAR Najia
IB 23002 B RF: 030320005

BIOCHIMIE

VALEURS DE REFERENCE

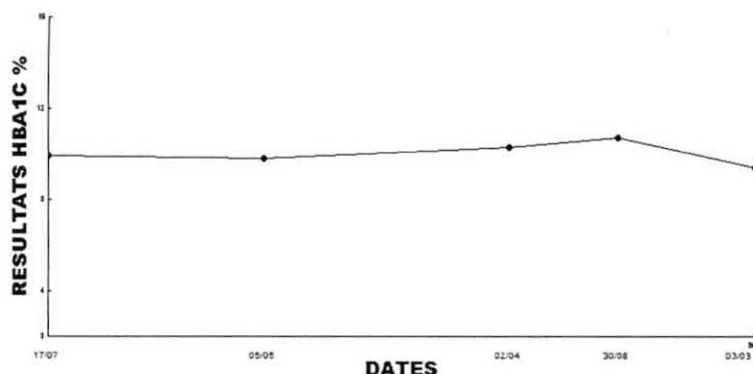
ANTECEDENTS

H.B.A.1.C 9,4 %
I.F.C.C 79 mmol/mol
(Technique HPLC-723GX)

30/08/19 : 10.7
30/08/19 : 93

INTERPRETATION

(Normale : 3.9 à 6.5 % - 19 à 48 mmol/mol)
(Diabète équilibré : 6 à 7 % - 42 à 53 mmol/mol)
(Diabète déséquilibré: > 7 % - > 53 mmol/mol)



LABORATOIRE D'ANALYSES
MEDICALES IBN SINA
DR. MECHAL ABDELHAK
Tél : 05 22 33 66 43