

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.

Maladie Dentaire Optique Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e) *84117*

Matricule : *2458*

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KHEZZAR NAJIA

1956

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : *0646562907*

Total des frais engagés :

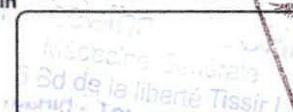
MUPRAS

09 Mars 2020

ACCUEIL

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

Nom et prénom du malade :

Khezzar

Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

ONT D

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) :

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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
2330 C	1	15000	INP : OCT058204	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	21/3/20	3001.20

ANALYSES - RADIOPHARMACIES

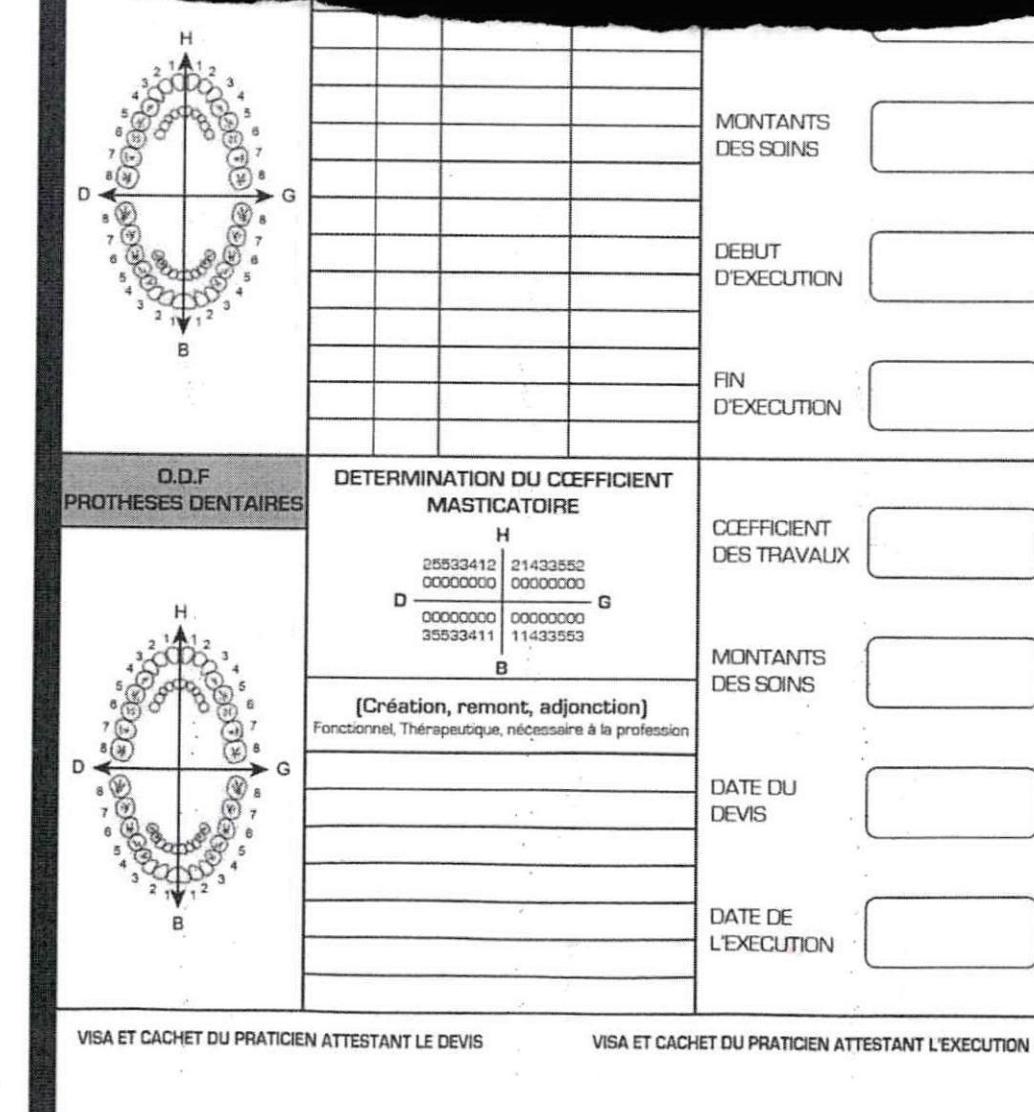
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN SINAI ANALYSES MEDICALES 100,00 22/03/2019	03/03/2020	Pgs	130,60

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

VOLET ADHERENT

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



valable 3 mois

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

DECLARATION DE MALADIE CHRONIQUE

¹ (À adresser au médecin conseil de la MUPRAS sous pli confidentiel)

Je soussigné :

Certifie que Mlle, Mme, M. :

Khessam Majd

Présente

diabète mal équilibré sous III

Nécessitant un traitement d'une durée de :

*- Diabète 111b
- Enc 10/1 x 3 m*

*- Enc 10/1 x 3 m
- Kandil 75 mg*

Dont ci-joint ordonnance :

(à défaut noter le traitement prescrit)

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

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

Nom : Khefzou
Prénom : Nadjia

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التisser 1
برشيد - (قرب طاكسيات جمدة)
الهاتف : 05 22 32 52 87

Berrechid : 9 3 26

89,00

54,30

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

54,30
89,00

1) Bim on L 1 up / i + 2 mois
2) Glucos 1 up / i x 5c
3) Kardelic 1 sachet / a 1200 mg
35,70 x 3
Ref 12
3 sach

LOT : 19E002
PER : 01 2021

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



LOT : 19E001
PER : 10 2020

KARDEGIC 75MG
SACHETS B30
P.P.V : 30DH70



6 118000 061847



Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

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

Nom : Moussa
Prénom : Alain

الصب ١ شارع الحرية - حي التسيرة ٦
برشيد - (قرب طاكسبيات جمقة)
الهاتف : ٠٥٢٢٣٢٥٢٨٧

Berrechid : 2-39e

Hb glyc

ANALYSES MEDICALES
IBN SINA
BERRECIO
1970

LABORATOIRE IBN SINA
Bd Mohammed V

Tel : 05.22.33.66.43

BEN RECHID

ICE : 001761756000030

Fax : 05.22.33.66.42

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 MÉDICALES
IBN SINA
Bd. 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

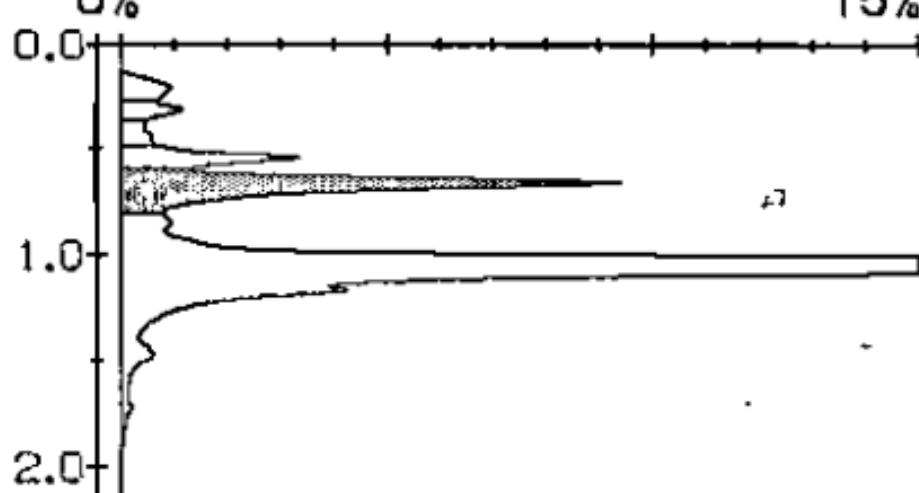
CAL(N) = 1.0987X + 0.8074

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
AO	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%





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

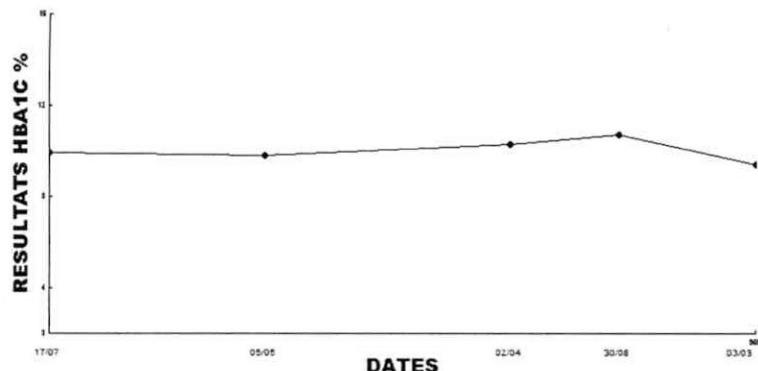
VALEURS DE REFERENCE

ANTECEDENTS

H.B.A.1.C	9,4	%	30/08/19 : 10.7
I.F.C.C	79	mmol/mol	30/08/19 : 93
(Technique HPLC-723GX)			

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