

# 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

- |                                    |                       |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation                      | : contact@mupras.com  |
| 0 Prise en charge                  | : pec@mupras.com      |
| 0 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'Horlog Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

57182

<input type="checkbox"/> <b>Maladie</b>	<input type="checkbox"/> <b>Dentaire</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <b>Optique</b>
Cadre réservé à l'adhérent(e)		
Matricule : 9459		
Société : R-A.M		
<input checked="" type="checkbox"/> Actif <input type="checkbox"/> Pensionné(e) <input type="checkbox"/> Autre : EL BIGDI		
Nom & Prénom : EL BIGDI		
Date de naissance : 01 - 05 - 1966		
Adresse : Bd OMAR BEN EL KHATTAB Des Zireb 3 IMAC N°5 HAY ELHOUDA Sidi ROUAFI		
Tél. : 06 65 12 85 08 Total des frais engagés : Dhs		

Cadre réservé au Médecin	
Cachet du médecin :	
<p style="text-align: center;">الدكتور عبد الرزاق محمد علي اختصاصي في أمراض وجراحة العين Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali OPHTHALMOLOGISTE 96 Avenue 21 Mars Résidence Walid Imm. A N°6 Tél. 0522 86 56 70/05 86 05 58</p>	
Date de consultation	05-12-2020
Nom et prénom du malade :	EL BIGDI M'hamed
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Allergie	
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 : El Jadida

Le : 27/01/2021

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
05-12-2020	électrostatique		250,00	INP : 09102020 Dr. RABAB DERRAZI Mohamed Ali Ref. 0522 86 05 57 04 22 86 05 53 Spécialiste C1

**EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie CHRAMI MOUAD 59 Bd. Lamine Aït Yamine Casablanca - Tél: 0522 50 89 14	05/12/2020	150,00

**ANALYSES - RADIGRAPHIES**

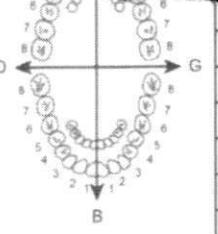
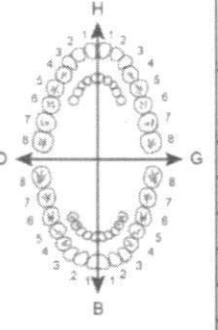
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
Laboratoire d'ANALYSES et RADIOPHYSIQUES NAFIA Sidi Mounir Casablanca Tél: 0522 71 96 59	11/12/2020	B130	143,00

**AUXILIAIRES MEDICAUX**

Cachet et signature du Particulier	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.

				<b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 35533411 11433553 B		<b>COEFFICIENT DES TRAVAUX</b> 	
<b>O.D.F PROTHESES DENTAIRES</b>		<b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		<b>MONTANTS DES SOINS</b> 		<b>DATE DU DEVIS</b> 	
<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS</b>		<b>VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION</b>				<b>DATE DE L'EXECUTION</b> 	



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلياج (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

**Mlle EL BIGDI MERIEM**

84,00



NAABAK 4.9% : collyre

NAABAK 4,9%  
Collyre 10 ml - PPV : 84,00 DH

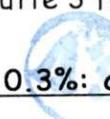


6 118001 101184

Distribué par COOPER PHARMA - 41, rue Mohamed Diouri,  
Casablanca - Pharmacien Responsable : Mme Amina DAOUDI

1 goutte 3 fois / jour, dans les deux yeux, pendant 1 Mois

45,90



CILOXAN 0.3% : collyre



6 118001 070176

CILOXAN 0,3% Collyre, flacon de 5 ml  
A.M.M. N° 151 DMP/21/NRQ  
Laboratoires Sotrema  
PPV : 45,90 DHS

Remboursable AMO  
406434

20,80

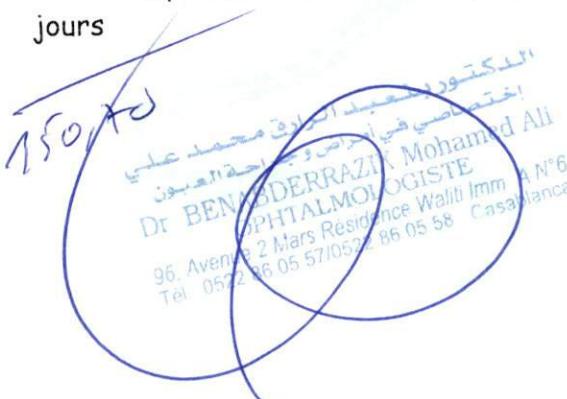


FRAKIDEX: pde

FRAKIDEX Pom. Ophta. 5 g  
Distribué par : ZENITHPHARMA,  
96 zone industrielle Tassila Inezgane,  
Agadir - Maroc. PPV : 20.80 dh  
AMM N°30/19/DMP/21/NRQDNM

1 application le soir + les paupières, dans l'œil gauche, pendant 10 jours

jours



Pharmacie Mouad  
CHRAIBI Mouad  
69, Bd. Berrechia Ain Chock  
Casab - Tél: 0522 50 89 14

Casablanca , le

05/12/2020

0522.86.05.57 / 58 . شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة أ، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف : 96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca

المستعجلات : Tél : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21

INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046



الدكتور محمد علي بنعبد الرزاق  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون

**Docteur Mohamed Ali BENABDERRAZIK**

خريج كلية الطب بلجيكا (بلجيكا)

Spécialiste des maladies et chirurgie des yeux  
Glaucome - Strabologie - Contactologie - Echographie - Angiographie - Laser  
Diplômé de la Faculté de Médecine de Liège (BELGIQUE),  
Ancien assistant et consultant au Centre Hospitalier Universitaire de Liège.

## MLLE EL BIGDI MERIEM

### Analyses :

Glycémie à jeun + Hb A1c

N°271 Oulssoumen Casablanca  
Sidi Moulouen Casablanca  
Tél: 0522 71 96 59  
LABORATOIRE ANALYSES MEDICALES  
NAFTALAB

الدكتور بنعبد الرزاق محمد علي  
إختصاصي في أمراض و جراحة العيون  
Dr BENABDERRAZIK Mohamed Ali  
OPHTALMOLOGISTE  
96, Avenue 2 Mars Résidence WALILI Imm. A N°6  
Tél : 0522.86.05.57/0522.86.05.58 Casablanca

Casablanca , le

**05/12/2020**

96. شارع 2 مارس، إقامة وليلي العمارة، الطابق 2، الشقة 6 - الدار البيضاء - الهاتف: 0522.86.05.57 / 58 -  
96, Avenue 2 Mars, Résidence WALILI, Imm. A - 2<sup>ème</sup> étage N° 6 (en Face café JIZA) - Casablanca  
المستعجلات : 0522.86.05.57 / 58 - URGENCES : 06 64 17 10 21  
INPE. 091020354 - IF 42022115 - ICE 001633525000046

# LABORATOIRE NAFIA D'ANALYSES MEDICALES

N° 27 Lotissement Nasr Et Yamna Sidi Moumen  
Tél : 05 22 71 96 59

## Facture

N° facture : 2020-06273

Edité le : 12/12/2020

Patient : EL BIGDI Meriem

Date prélèvement : 11/12/2020

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	33,00
Hémoglobine glycosylée	100	110,00
<b>Total B</b>	130	143,00
<b>APB</b>	1,0	0,00
<b>Majoration de garde</b>		
<b>Total</b>		143,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : Cent Quarante-Trois Dirhams \*\*\*





# Laboratoire Nafia D'analyses Médicales

Hématologie - Immunologie - Biochimie - Parasitologie - Bactériologie - Virologie

Docteur Rachida NAFIA

Spécialiste en Biologie Médicale

D.U. Qualité Biologie Médicale - Bordeaux

Casablanca, le 12/12/2020

## Compte rendu d'analyses



Dossier N° : 111220-022 Pvt du: 11/12/2020

Nom : Enf EL BIGDI Meriem

Demandé par Dr : BENABDERRAZIK Mohamed ali

Page : 1/1

### BIOCHIMIE

		Valeurs Usuelles	Antériorité
Glycémie à jeun	: 1,04 g/L 5,72 mmol/l	( 0,7 - 1,1 ) ( 3,85 - 6,05 )	
Hémoglobine glycosylée	: 5,7 %	( 4,5 - 6 )	

le diabète est :

- \* bien équilibré < 6,5 %
- \* moyennement équilibré entre 6,5 et 7,5 %
- \* mal équilibré au-delà de 8 %

Nous vous remercions de votre confiance

**Le Biogiste**

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES

NAFIA LAB

17 lotissement Nasreddine Yamma

52, Bd Houcine Soussi, Lot nasr et Yamna Sidi Moumen Casablanca

شارع الحسين السوسي تجزئة النصر و يامنة، سيدى مومن، الدار البيضاء

Tél: 0522 71 96 59

Tél / Fax: 05 22 71 96 59 - E-mail: nafialab@gmail.com - IF: 55617379 - ICE: 001139223000067

\* RAPPORT D'ANALYSE

2020/12/12 07:25

TOSOH

V01.20

NO: 0002 TB 0001 - 02

ID: 0001 - 02

CAL(N) = 1.1541X + 0.6621

TP 940

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.24	5.05
A1B	0.7	0.32	7.82
F	0.4	0.46	4.47
LA1C+	1.9	0.55	22.07
SA1C	5.7	0.67	50.40
A0	92.3	1.04	1076.32
		AIRE TOTALE	1166.13

HbA1c 5.7%

HbA1 6.8 % HbF 0.4 %  
0% 15%

