

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

tions 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.

Biologie 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.

Education :

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

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)

Matricule : 294 Société : RAM (58632)

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAKIRI TAHAR

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : 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 : Le : / /

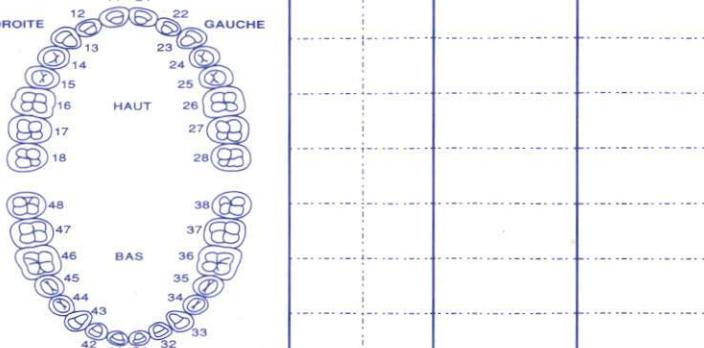
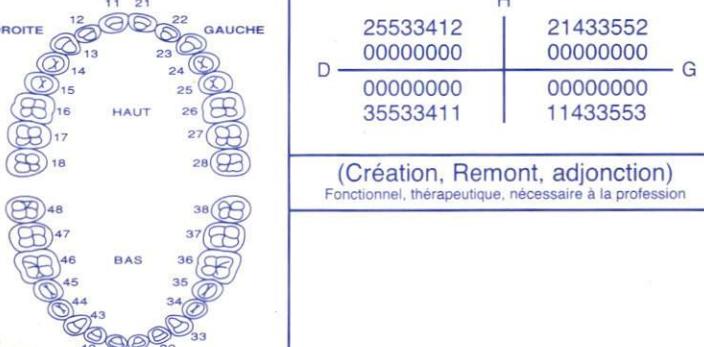
Signature de l'adhérent(e) :

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient					
				Coefficient des travaux Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin d'exécution				
O.D.F. Prothèses dentaires 	Détermination du coefficient masticatoire <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">H</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">25533412 00000000 00000000 35533411</td> <td style="text-align: center;">21433552 00000000 00000000 11433553</td> </tr> </table> <p>(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession</p>				D	H	25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553
D	H							
25533412 00000000 00000000 35533411	21433552 00000000 00000000 11433553							
Visa et cachet du praticien attestant le devis		Visa et cachet du praticien attestant l'exécution						
VOLET ADHERENT	NOM : Mme							
DECLARATION N°	P 17 / 0063191							
Date de Dépôt	Montant engagé	Nbre de pièces Jointes						
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle								

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mme Bakouni Thaï	Signature de l'adhérent
Nom & Prénom BAKOUNI THAÏ		Fonction Praticien	
Mail		Phones	
MEDECIN	Prénom du patient BAKOUNI THAÏ		
Adhérent <input checked="" type="checkbox"/>	Conjoint <input type="checkbox"/>	Enfant <input type="checkbox"/>	Age
Nature de la maladie		Date 1ère visite	
masit ID			
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances			
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires
		C2	G7
PHARMACIE	Date		
Montant de la facture			
ANALYSES - RADIOGRAPHIES Date 02/12/2020 Désignation des Coefficients b100 Montant détaillé des Honoraires 120,00dh Laboratoire médical TENSIFT Dr. ALLABOUCH Hafsa 267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE GROUPE 11 OULFA - CASABLANCA			
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date	
Nombre		Montant détaillé des Honoraires	
AM	PC		

CACHET



ORDONNANCE

Nom : Bakrid Thaqi

Casablanca, le : 22/12/20

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> Prot.C.R |
| <input type="checkbox"/> Fer sérieux | <input type="checkbox"/> Cholestérol Total |
| <input type="checkbox"/> Ferritine | <input type="checkbox"/> Triglycérides |
| <input type="checkbox"/> Groupage + rhésus | <input type="checkbox"/> HDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> VS | <input type="checkbox"/> LDL-Cholestérol |
| <input type="checkbox"/> Lonogramme sanguin | <input type="checkbox"/> Acide urique sanguin |
| <input type="checkbox"/> GOT/GPT/GT | <input type="checkbox"/> T3 |
| <input type="checkbox"/> Urée sanguine | <input type="checkbox"/> T4 |
| <input type="checkbox"/> Créatinémie | <input type="checkbox"/> TSH |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à jeûn | <input type="checkbox"/> ECBU |
| <input type="checkbox"/> Glycémie post prandiale | <input type="checkbox"/> Autres: _____ |
| <input type="checkbox"/> HbA1c | Casablanca - Tel. 0522 93 31 49 |
| <input type="checkbox"/> Albuminurie | Angle Route d'Azemmour & Bd. Sidi Abderrahmane, Immeuble Communal 1 ^{er} Etage (à gauche) |
| <input type="checkbox"/> Microalbuminurie | Hay Hassani - Casablanca |



مختبر التحاليل الطبية تانسيفت

Laboratoire d'Analyses Médicales Tensift

Biochimie - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie - Immunologie

د. حفصة علابوش
Dr. Hafsa ALLABOUCH
Médecin Biologiste

Ancienne Interne des Hopitaux de Lille - France
DU Antibiothérapie et Chimiothérapie anti-infectieuse-Lille
DU Qualité et Accréditation en Biologie Médicale-Lille

Dossier ouvert le : 02/12/20

Prélèvement effectué à 09:45

Edition du : 03/12/20

Monsieur BAKDID THAMI

Né (e) le : 1938

Réf. : 20L29



Page : 1/1

BIOCHIMIE

Normales	Antériorités
----------	--------------

12/06/2020

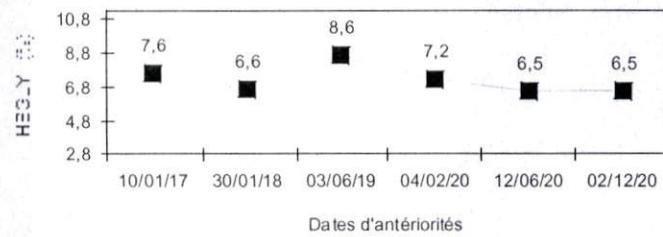
Hémoglobine glycosylée ----- : 6,50 * % 4 - 6,3 6,50
(HPLC GXTOSOH)

Interprétation

% HbA1c	Contrôle du taux de glucose
4 - 6,3	Intervalle non-diabétique
<7	Excellent équilibre glycémique
7-7,5	Assez bon équilibre glycémique
8-9	Équilibre glycémique médiocre (Action corrective urgente*)
> 9	Mauvais équilibre glycémique (Action corrective nécessaire*)

*Risque élevé de développer des complications cardiovasculaires à long terme comme des rétinopathies, néphropathies, neuropathies et cardiopathies

Bilan glycémique perturbé à contrôler.



Laboratoire d'Analyses Médicales TENSIFT
Dr. ALLABOUCH Hafsa
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE
267, BOULEVARD OUED TENSIFT GROUPE "J", 1er étage - Oulfa - 20220 Casablanca

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

267, Boulevard Oued Tensift Groupe "J", 1er étage - Oulfa - 20220 Casablanca

Tél. : 05 22 90 90 20 - Fax : 05 22 90 90 21 - laboratoiretensift@gmail.com - www.laboratoiretensift.ma

CNSS : 9720732 Patente : 36017172 IF : 14474751 ICE : 001684731000025

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES TENSIFT

276, Boulevard Oued Tensift, 1er étage
OULFA
CASABLANCA

Dr Hafsa ALLABOUCHE
Médecin Biologiste

Tél. : 0522 90 90 20 - Fax : 0522 90 90 21

Casablanca le mercredi 2 décembre 20 Monsieur BAKDID THAMI

MUPRA

FACTURE N°

26139

Analyses :

Hémoglobine glycosylée -----	B	100	Total : B 100
------------------------------	---	-----	---------------

Prélèvements :

Sang-----	K	1
-----------	---	---

TOTAL DOSSIER	120,00 DH
---------------	-----------

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Vingt Dirhams

Dr. ALLABOUCHE Hafsa
267, BD OUED TENSIFT 1er ETAGE
GROUPE 3^e OULFA - CASABLANCA

* RAPPORT D'ANALYSE*

LABORATOIRE TENSIFT

2020/12/03 07:10

TOSOH

V01.20

NO: 0004 TB 0001 - 04

ID: 20L29

CAL(N) = 1.2530X - 0.0167

TP 998

NOM	%	TEMPS	AIRE
FP	0.0	0.00	0.00
A1A	1.2	0.23	16.70
A1B	0.6	0.33	8.25
F	1.3	0.42	18.23
LA1C+	2.2	0.55	29.13
SA1C	6.5	0.68	70.32
AO	89.5	1.05	1211.75
		AIRE TOTALE	1354.38

HbA1c 6.5%
IFCC 47 mmol/mol

