

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.

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.

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

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° M20- 0006796

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique **59333** ☒ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 12571 Société : RAT
☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : MHADER MEHDI
 Date de naissance : 29/02/1987
 Adresse : RES CASABLANCA Tranche I Imm 3 APT 22 HAY NASSIM
CASABLANCA
 Tél. : 0661934211 Total des frais engagés : 550,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin : 
 Date de consultation : 17 FEB. 2021
 Nom et prénom du malade : Baiza Rayane Age :
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : suic de GSC
 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 : CASABLANCA Le : 16 / 02 / 2021
 Signature de l'adhérent(e) : 

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

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
08/02/2011			G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ZAHWA 14, Av. Tadmou, 10130 Aviation Rabat - Tél : 05 37 75 10 19	08/02/2011	360,00 Dhs

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
 Laboratoire Radiologie CODE INPE 103062875	10.02.2011	B 16.00	190.00 Dhs

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

	H 25533412 21433552 00000000 00000000 D G 00000000 00000000 35533411 11433553 B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
			MONTANTS DES SOINS
			DATE DU DEVIS
			DATE DE L'EXECUTION

(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



Rabat, le :

8/5/2014

Docteur :

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Dr Barqa Aïme

60x6

ferplex

360x6

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

يدوية زهوة
PHARMACIE LAHWA
14, Av. Tadmra, 10150 Aviation
Rabat - Tél : 05 37 75 10 19

FERPLEX® 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

Dr CHENGUITI ANSARIANAS
Spécialiste en Gynécologie Obstétrique
INPE : 1102598
Hôpital Cheikh Zaïd

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016

FERPLEX[®] 40 mg

Fer protéinsuccinylate

Boîte de 10 Falcons buvables

PPV 60,00 Dhs



6 118001 440016



Rabat, le : 08 Fevr 2021

Docteur :

BARZA CATA

HGRD





Compte-rendu
complet



Mme Rajae BAZZA

Patient(e) né (e) le : 14-11-1988 Sexe : F

Prélevé(e) le : 10-02-2021 11:32

Dossier N° : 2102100011

MARQUEURS DU METABOLISME ET DE LA NUTRITION

GLUCIDES

(Les valeurs de référence proposées sont optimales. les valeurs cibles peuvent être éventuellement modifiées en fonction des besoins et des facteurs de risques des patients)

HYPERGLYCEMIE PROVOQUEE PAR VOIE ORALE (HGPO)

Quantité de glucose ingérée

75 g.

Glycémie à jeun

1.06 g/L

(<1.10)

Glycémie à 60 min

1.91 g/L

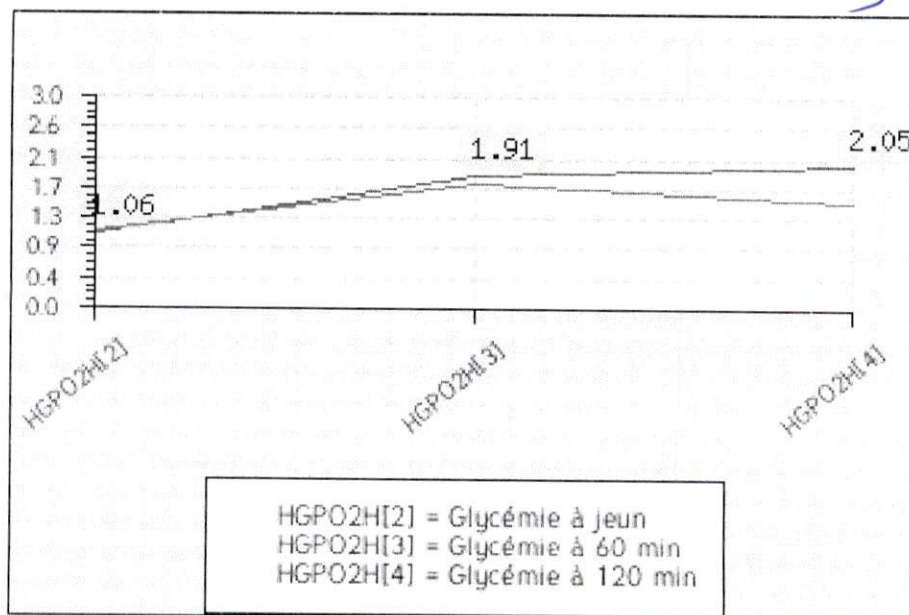
(<1.80)

Glycémie à 120 min

2.05 g/L

(<1.53)

< 0,92



Références

Références générales:

- 1- WHO Guidelines and Classifications 2016
- 2- Mayo Clinic Procedures and Documents 2020
- 3- ASM Procedures 2017
- 4- CLSI Standards 2018
- 5- EUCAST CASFM 2020



مختبر بروفييسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOU

Mme Rajae BAZZA

Dossier N° : 2102100011



Pr. Ahmed E. Alaoui
Médecin Biologiste
INPE 103062676

Dossier édité le : 10-02-2021 à 16:14



مختبر بروفييسور العلوي

LABORATOIRE
PROFESSEUR ALAOUI

FACTURE N° : 210200063

Rabat le 10-02-2021

Mme BAZZA Rajae

Récapitulatif des analyses			
CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0206	Epreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale	B150	B

Total des B : 150

TOTAL DOSSIER : 190.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent quatre-vingt-dix dirhams .

CODE INPE
103062875

