

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, parodontologie 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.

Ordonnance :

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.

Prothèse :

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° P19- 0044583

☐ Maladie

☐ Dentaire

☐ Optique

☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1359

Société :

☐ Actif

☐ Pensionné(e)

☐ Autre :

Nom & Prénom : MECHHOURE BOUAZZA

Date de naissance : 1949

Adresse : Hay Saïda, N°18, Laayoune

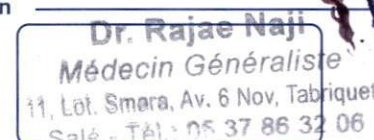
Tél. : 06 23 39 51 99

Total des frais engagés :

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 04 / 02 / 2021

Nom et prénom du malade : ZEPHORE Zakra

Age :

Lien de parenté :

☐ Lui-même

☐ Conjoint

☐ Enfant

Nature de la maladie : HTA + Diabète

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 : Salé


Le 04 / 02 / 2021

Signature de l'adhérent(e) :

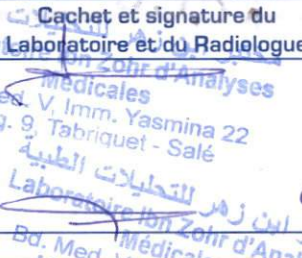
RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
06-02-2021	C	1	1500H	
09-02-2021	C	—	G	

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	09-02-2021	569,40
Code: 102025178		

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	05/02/2021	300H	
	04/02/2021	1000H	

AUXILIAIRES MEDICAUX

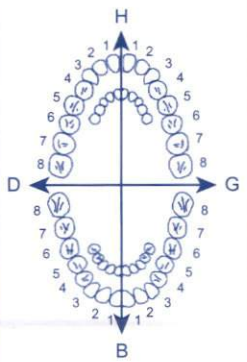
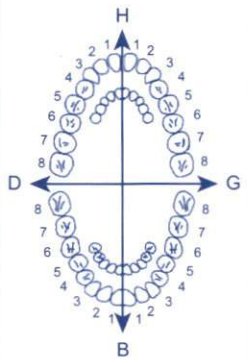
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, 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																							
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td></td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> <td></td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>D</td> <td></td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> <td></td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> <td></td> </tr> <tr> <td>B</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		H		H	25533412	21433552		00000000	00000000		D		G	00000000	00000000		35533411	11433553		B			Coefficient DES TRAVAUX
	H		H																					
	25533412	21433552																						
	00000000	00000000																						
	D		G																					
	00000000	00000000																						
	35533411	11433553																						
	B																							
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXE

Docteur Rajae Naji

Médecine Générale

Echographie

Certificat de Planification Familiale

Insertion de DIU (SNFRH)

Médecine du Travail

(RENNES I)

Dermatologie Interventionnelle



الدكتورة رجاء الناجي

الطب العام

الإيكوغرافيا

حاصلة على شهادة تنظيم الأسرة

ووضع اللولب بالرباط

طب الشغل

(رين I)

الأمراض الجلدية التدخلية

INPE :101115210

Salé, le 09 - 02 - 2021

ZERQUEST Zahra

49.40

x6 Amcard 5y

1 cp 2x15'

- Glyset 2mg

1 cp 15'

- Acol 1000

1 cp 15'

91.00

x3 - Stekhal 2y

1 cp 15'

le 03/02/21



Dr. Rajae Naji
Médecin Généraliste
11, Lot. Smara, Av. 6 Nov. Tabriquet
Salé - Tél: 05 37 86 32 06

Docteur Rajae Naji

Médecine Générale

Echographie

Certificat de Planification Familiale

Insertion de DIU (SNFRH)

Médecine du Travail

(RENNES I)

Dermatologie Interventionnelle



الدكتورة رجاء الناجي

الطب العام

الإيكوغرافيا

حاصلة على شهادة تنظيم الأسرة

ووضع اللولب بالرباط

طب الشغل

(رين I)

الأمراض الجلدية التداخلية

INPE :101115210

Salé, le 02-2-2011

Zenguet Zahra

- Hb glycosé

- Cholestérol

مختبر ابن زهر للتحاليل الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses
Médicales
Bd. Med. V. Imm. Yasmina
Mag. 9, Tabriquet - Salé
Tél. : 05 37 86 32 06
11, Lot. Smara, Av. 6 Novembre Tabriquet

مختبر ابن زهر للتحاليل الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses
Médicales
Bd. Med. V. Imm. Yasmina
Mag. 9, Tabriquet - Salé

058328 0623
PPV 91DH00

91,00

113120 1023
PPV 91DH00

91,00

113120 1023
PPV 91DH00

91,00

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Amcard®

5 mg

Amlodipine

28

49,40

Facture

N° facture : 2021-1325

Edité le : 09/02/2021

Patient : Mme ZERGUIT Zahra

Date prélèvement : 05/02/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Cholestérol total	30	40,20
Total B	30	40,20
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		30,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : trente Dirhams ***

مختبر ابن زهر التحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses
Médicales
Bd. Med. V. Imm. Yasmina 22
Mag. 9, Tabriquet - Salé

Facture

N° facture : 2021-1326

Edité le : 09/02/2021

Patient : Mme ZERGUIT Zahra

Date prélèvement : 04/02/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Hémoglobine glyquée	100	134,00
Total B	100	134,00
APB	1,0	15,00
Majoration de garde		
Total		100,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : cent Dirhams ***

مختبر ابن زهر للتحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses
Medicales
Bd. Med. V Imm Yasmina 22
Mag. 9, Tabriquet - Salé



Salé, le 06/02/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 040221-053

Pvt du: 04/02/2021 14:49

Nom : Mme ZERGUIT Zahra

Page : 1/1

BIOCHIMIE

Hémoglobine glyquée

Hémoglobine glyquée
(Technique: Automate TOSOH GX (HPLC))

: 9,00 %

Valeurs Usuelles

(Inférieur à 6)

Antériorité

10,50 (04/06/18)

Recommandation de Haute Autorité de santé à titre indicatif :

- 4.0 à 6.0 % : Etat non diabétique ou diabète très bien équilibré.
- < 6.0% : Diabète de type 2 traité par antidiabétique oraux.
- < 7.0% : Diabète de type 2 traité par l'insuline.
- < 8.0% : Diabète de type 2 du sujet âgé.
- 7.0 à 7.5% : Diabète de type 1.

مختبر التحليلات الطبية
Laboratoire Ibn Zohr d'Analyses
Bd. Med. V. Imm. Yasmina 22
Mag. 9 Tabriquet - Salé

Nous vous remercions de votre confiance

مختبر التحليلات الطبية ابن زهر

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES IBN ZOHR



Biochimie Clinique - Hématologie - Bactériologie - Virologie - Immunologie - Parasitologie - Mycologie - Biologie de Reproduction



Salé, le 05/02/2021

Compte rendu d'analyses

Dossier N° : 050221-042 Pvt du: 05/02/2021 10:47

Nom : Mme ZERGUIT Zahra

Page : 1/1

BIOCHIMIE

Cholestérol total
(Technique : selectra)

: 2,31 g/l

Valeurs Usuelles
(Inférieur à 2)

Antériorité
2,37 (04/06/18)

Dr. M. EL MOUADI MANAR
Pharmacien Biologiste
Laboratoire IBN ZOHR d'Analyses
Tél. 05 37 86 43 13

Nous vous remercions de votre confiance