

# 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° P19- 049172

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 2458 Société : 62689

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : KHEZZAR NAJIA

Date de naissance :

Adresse : 20 passage 02 TISSIR 02 Barrechid

Tél. : 0646562903 Total des frais engagés : Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la liberté TISSIR I  
Barrechid - Tél : 05 22 32 52 87

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie : 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 : Barrechid Le : 22/02/21

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
22-2-21	C	1	1500	Dr. Abdelhak MECHAL 16 Bd de la Liberté Tisser Berrechio - Tél : 05 22 32 52 82

## EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Pharmacie ZOUHRI CHABANY ZOUHRI Docteur en Pharmacie 19, Bd. Rachid Ben Merrouj Tél : 06 64 49 30 17	22/02/21	144,20

## ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
IBN SINA Mohammed V. DERRECHID Tél 05 22 23 66 43	25/2/21	304	417,36 DH

## AUXILIAIRES MEDICAUX

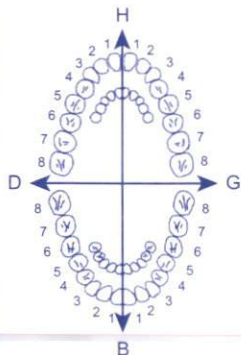
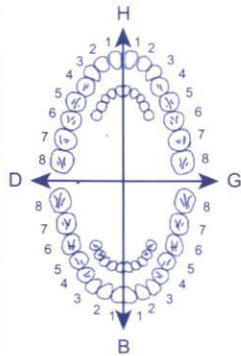
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# 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 canaux, ainsi que le bilan de l

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 colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>			H		25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B		COEFFICIENT DES TRAVAUX
	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'EXECUTION

Docteur Abdelhak MECHAL

MEDECINE GENERALE

6, Bd. de la Liberté - Tissir 1  
Berrechid ( Près des Taxis Jakma )

Tél : C : 05 22 32 52 87

INPE : 061098281

Nom :

Prénom :

الدكتور مشعل عبدالحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التسير 1

برشيد - (قرب طاكسيات جقمة)

الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Berrechid :

89,90

54,30

144,20

Diamicon

1 cp/j

30 (S.V.)

x3 ms

Pharmacie RACHIDI  
CHBANY Zouheir  
Docteur en Pharmacie  
19, Bd. Rachidi H.H. - BERRECHID  
Tél : 0664 49 38 17

Pharmacie RACHIDI  
CHBANY Zouheir  
Docteur en Pharmacie  
19, Bd. Rachidi H.H. - BERRECHID  
Tél : 0664 49 38 17

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la liberté Tissir 1  
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87

89,90

54,30

Pharmacie RACHIDI  
CHBANY Zouheir  
Docteur en Pharmacie  
19, Bd. Rachidi H.H. - BERRECHID  
Tél : 0664 49 38 17

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

الدكتور مشعل عبد الحق

الطب العام

6 شارع الحرية - حي التيسير 1

برشيد - (قرب طاكسيات جقمة)

الهاتف : ع : 05 22 32 52 87

Nom : .....

Prénom : .....

Berrechid : .....

1/ cholestérol LDL  
HDL  
T

2/ Triglycérides

3/ HbA1c

4/ Hb

Dr. Abdelhak MECHAL  
Médecine Générale  
6 Bd de la liberté Tissir I  
Berrechid - Tél : 05 22 32 52 87

Dr. Mohamed V. BERRECHID  
181 SINA  
Berrechid  
Tél : 05 22 32 52 87



**LABORATOIRE IBN SINA**

Bd Mohammed V

BERRECHID

ICE : 001761756000030

Tel : 05.22.33.66.43

Fax : 05.22.33.66.42

INPE : 063000509

Patente : N° 40700369 C.N.S.S : N°2229541 IGR : 40195644 IF : 40195644

**FACTURE : 73804**

**IB 23002 B**

**Nom et Prénom : Mme KHEZZAR Najia**

**Prescripteur : Dr. MECHAL Abdelhak**

**Référence : 250221 005**

**Date : 25/02/2021**

**BILAN :**

AUR B 23 + CHOL B 23 + HDL2 B 56 + TRIG B 56 +  
LDLM B 56 + HBA1 B 90 +

**MONTANT NET : 417,36 Dhs Soit 304 B**

**ARRETE LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE :**

*Quatre cent dix sept Dh et trente six cts*

LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES  
IBN SINA  
Bd. Mohammed V, BERRECHID  
Tel 05 22 33 66 43



Berrechid le : 25/02/2021

CIN :

Résultats complets

Edité le: 25/02/2021

Médecin Dr. MECHAL Abdelhak

Mme KHEZZAR Najia

IB 23002 B

RF: 250221005

## BIOCHIMIE

	VALEURS DE REFERENCE	ANTECEDENTS
<b>ACIDE URIQUE</b> ..... 39,10 mg/l (Technique HITACHI 704) Soit 232,65 µmol/l	(N : 25 à 65)	
<b>CHOLESTEROL TOTAL</b> ..... 1,97 g/l (Technique HITACHI 704) Soit 5,1 mmol/l	(N : 1.6 à 2.00) (N : 4.10 à 5.20)	30/08/19 : 1.98
<b>CHOLESTEROL HDL</b> ..... 0,64 g/l (Technique HITACHI 704)	(N : > 0.40)	02/04/19 : 0.73
<b>TRIGLYCERIDES</b> ..... 1,13 g/l (Technique HITACHI 704) Soit 1,29 mmol/l	(N : < 1.50) (N : < 1.70)	30/08/19 : 0.82
<b>CHOLESTEROL LDL</b> ..... 0,99 g/l Soit 2,56 mmol/l	(N : < 1.60)	02/04/19 : 1.00

LABORATOIRE D'ANALYSES  
MEDICALES IBN SINA  
DR. MECHAL ABDELHAK  
Tél: 05 22 33 66 43



Berrechid le : 25/02/2021

CIN :

Résultats complets

Edité le: 25/02/2021

Medecin Dr. MECHAL Abdelhak

Mme KHEZZAR Najia

9A 23002RF: 250221005

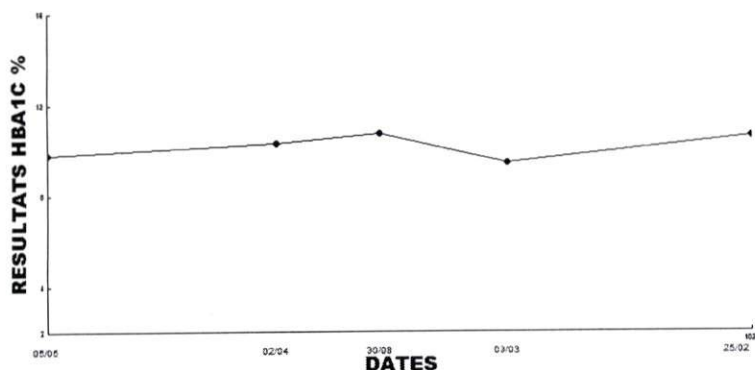
H.B.A.1.C ..... 10,6 %  
 I.F.C.C ..... 92 mmol/mol  
 (Technique HPLC-723GX)

03/03/20 : 9.4

03/03/20 : 79

## 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  
 TEL : 05 22 33 66 43