

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.

Éducation :

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 CA

Nº M21- 0005814

69510

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 302895 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : ou Tahia Houch Abna

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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº M21-0005814

Remplissez ce volet, découpez le et conservez le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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 Alal 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° W19-442227

CA

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 30895 Société : RAN

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : BAROUDI Ali

Date de naissance : 06/11/65

Adresse : RESIDENCE AL AYAT ALLAH, ZONE TOURISTIQUE

16041 MARRAKECH

Tél. : 0661159867 Total des frais engagés 460,00 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 13/02/2021

Nom et prénom du malade : Mme Monia

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Thyroïdite

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 : 13/02/2021 Le : 13/02/2021

Signature de l'adhérent(e) :

MS

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie

N° W19-442227

Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le.
Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.

Coupon à conserver par l'adhérent(e).

Matricule :

Nom de l'adhérent(e) :

Total des frais engagés :

Date de dépôt :

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
13/02/2021	RG		00.00	INP : 071187190 DR IMANE AZGAOU Endocrinologue, diabetologue et maladies métaboliques MAMMOUDI 10 H.D. AL HIZBZ IMAO T.O. 2EME ETEGE APPT N°3 MARRAKECH TEL. 05 24 37 14 44

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr. Boutechir My Abdellatif</i>	19/2/2021	B3625 074	= 460,00

AUXILIAIRES MEDICAUX					
Cachet et signature du Particulier	Date des Soins	Nombre			Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	

VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

RELEVE 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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : _____
DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE				
H	25533412	21433552	G	00000000
D	00000000	00000000	G	35533411
				11433553
B				
[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				

- Diabétologie
- Glande Thyroïde
- Troubles Hormonaux
- Dyslipidémie
- Retard de Croissance
- Obésité, Maigreur, nutrition
- Diplômée en Echographie Générale



- أمراض السكري
- الغدة الدرقية
- الإختلالات الهرمونية
- أمراض الكوليسترول
- نقص النمو
- السمنة-النحافة-التغدية
- دبلوم الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le

13/02/2024

BILAN BIOLOGIQUE

Nom: Mme AitahmouchtPrénom: None

- | | |
|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> NFS | <input type="checkbox"/> SGOT SGPT |
| <input type="checkbox"/> CPR | <input type="checkbox"/> 25 OH VIT D (D2 + D3) |
| <input type="checkbox"/> Férritinémie | <input type="checkbox"/> T3 <u>T4</u> |
| <input type="checkbox"/> Glycémie à Jeun | <input checked="" type="checkbox"/> TSH us |
| <input type="checkbox"/> Glycémie 2 heures après repas | <input type="checkbox"/> Anticorps anti TPO |
| <input type="checkbox"/> HBA1C | <input type="checkbox"/> Anticorps anti thyroglobuline |
| <input type="checkbox"/> Cholestérol Total | <input type="checkbox"/> Thyroglobuline |
| <input type="checkbox"/> HDL LDL | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 8 heures |
| <input type="checkbox"/> Triglycérides | <input type="checkbox"/> Cortisolémie 16 heures |
| <input type="checkbox"/> Acide Urique | <input type="checkbox"/> Prolactinémie |
| <input type="checkbox"/> Crétatbine sanguine | <input type="checkbox"/> Calcémie |
| <input type="checkbox"/> Urée | <input type="checkbox"/> Phosphorémie |
| <input type="checkbox"/> Crétatbine Urinaire | <input type="checkbox"/> Calciurie de 24h |
| <input type="checkbox"/> Micro Albuminurie de 24 heures | <input type="checkbox"/> Anticorps anti RCP TSH |
| <input type="checkbox"/> Protéinurie sur 24 heures | <input type="checkbox"/> Autres |
| <input type="checkbox"/> ECBU | |

DR IMANE AZGAOU
Spécialiste diabète et maladies métaboliques
18 Bd Al Hijaz Imm.170 2ème étage Appt. N°3 - Marrakech
Tél.:05 24 37 14 44

LABORATOIRE M'HAMID D'ANALYSES MEDICALES

595, Avenue Tafilalet M'Hamid 2. Marrakech.

Tél: 05.24.36.04.40 - Fax: 05.24.36.05.40

Patente: 67190361 -- IF: 70790149 -- CNSS: 7704522

Edited le: **13/02/2021**

FACTURE N° 36212/2021

INPE: 073060576
ICE: 001637247000044

Analyses effectuées le **13/02/2021**

Médecin Prescripteur **Docteur IMANE AZGAOU**

Nom du patient **MME OUTAHMOUCHT MONA**

Examens **- NFS- T4L- TSH**

Cotation **B 362 + 1 PC1,5**

Montant **460,00 DH**

Arrêtée la présente facture à la somme de: QUATRE CENT SOIXANTE DIRHAMS

Dr. Bouzraoui My Abdelhafid
LABORATOIRE M'HAMID
D'ANALYSES MEDICALES

LABORATOIRE M'HAMID D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BOUZEKRAOUI My Abdelhafid
Pharmacien Biologiste

Lauréat de l'université Louis Pasteur
Strasbourg - France

Ancien Chef des Laboratoires:

Polycliniques CNSS
Hôpital Ibn Tofail - Hôpital Militaire Avicenne

Prélèvement du : 13/02/2021
Résultats édités le: 15/02/2021

Prescripteur: Docteur IMANE AZGAOU

MME OUTAHMOUCHT MONA

Dossier N° 20K256

Page: 1/1

-- H E M O G R A M M E --

NUMERATION

			Normales Adulte	12/01/21 - 11:24
LEUCOCYTES.....	8500	/mm ³	(4000 à 10000)	6700
HEMATIES.....	5,05	M/mm ³	(4,0 à 5,4)	5,29
HEMOGLOBINE..... (*)	16,10	g/100ml	(12 à 16)	16,5
HEMATOCRITE.....	46,00	%	(37 à 47)	46
VGM.....	91,00	µ ³	(80 à 100)	87
TCMH.....	32,00	pg	(27 à 33)	31
CCMH.....	35,00	%	(30 à 36)	36
PLAQUETTES.....	285	10 ³ /mm ³	(150 à 450)	248

FORMULE

	en %	par mm ³	
POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.....	48	4080	(2000 à 7500) 47 %
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	3	255	(40 à 700) 3 %
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0	0	(0 à 100) 0 %
LYMPHOCYTES.....	40	3400	(1500 à 4000) 42 %
MONOCYTES.....	9	765	(200 à 1000) 8 %

-- BILAN THYROIDIEN --

(A.I.A360-ABBOTT-AXSYM-VIDAS)

T4 LIBRE

Technique : (AIA 360 -Vidas)

Résultat: 22,22 pg/ml (*) 7,1 à 18,5 pg/ml

Antécédent du 12/01/21 - 11:24 : 0,70 pg/ml

TSHus

Technique : (AIA 360 - Vidas)

Résultat: 0,05 µUI/ml (*) 0,25 à 5 µUI/ml

Antécédent du 12/01/21 - 11:24 : 35,75 µUI/ml

LABORATOIRE M'HAMID
D'ANALYSES MEDICALES
Dr. BOUZEKRAOUI M'Abdelhafid