

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.

Diagnostique 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 canaux, 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 canaux.

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° M21- 0005814

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 3295 Société : 69510

☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre

Nom & Prénom : au Fab. Houch Mona

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 ADHERENT

Déclaration de maladie N° M21-005814

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 :

Matricule :
Nom de l'adhérent(e) :
Total des frais engagés :
Date de dépôt :

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
13/02/2021	CG		00,00	INP : 08/11/17/18/19
DR IMANE AZGAOU <small>Endocrinologue, Diabétologue et Maladies métaboliques</small> <small>MARABOUD TO HO AL HIJAZ IMX 170 21 ML ELAGE</small> <small>APPEL N° 3 MARABOUD TEL: 05 24 37 14 44</small>				

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

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES Dr. Bouzid My Abdelkader	13/2/2021	B3625	= 460,00

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

VOLET ADHERENT

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

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 l'ODF.																
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
O.D.F. PROTHESES DENTAIRES 	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>G</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table>		H	25533412	21433552	D	00000000	00000000	G	00000000	00000000	B	35533411	11433553		
	H	25533412	21433552													
	D	00000000	00000000													
	G	00000000	00000000													
	B	35533411	11433553													
	(Création, remont, adjonction) <small>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</small>															
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION												

Docteur AZGAOU Imane

Médecin spécialiste

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



الدكتورة أزڭاو إيمان
DOCTEUR AZGAOU IMANE

الدكتورة أزڭاو إيمان

طبيبة اختصاصية

- أمراض السكري
- الغدة الدرقية
- الإختلالات الهرمونية
- أمراض الكوليسترول
- نقص النمو
- السممة-النحافة-التغذية
- دبلوم الفحص بالصدى الصوتي

Marrakech, le

13/02/2021

BILAN BIOLOGIQUE

Nom:

Mme Aoufmaouch

Prénom:

Mona



NFS



CPR



Ferritinémie



Glycémie à Jeun



Glycémie 2 heures après repas



HBA1C



Cholestérol Total



HDL LDL



Triglycérides



Acide Urique



Créatinine sanguine



Urée



Créatinine Urinaire



Micro Albuminurie de 24 heures



Protéinurie sur 24 heures



ECBU



SGOT SGPT



25 OH VIT D (D2 + D3)



T3

T4



TSH us



Anticorps anti TPO



Anticorps anti thyroglobuline



Thyroglobuline



Cortisolémie 8 heures



Cortisolémie 16 heures



Prolactinémie



Calcémie



Phosphorémie



Calciurie de 24h



Anticorps anti RCP TSH



Autres

DR IMANE AZGAOU
Endocrinologue, diabétologue, 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

Edité 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

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

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 - Hopital 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 My Abdelhafid