

# RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR CTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

## nditions 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.

## armacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

## diologie 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.

## tique :

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.

## ntaire :

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.

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

01204

Société :

RAT

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

DAHEUR NOUREDDINE

Date de naissance :

18.07.49

Adresse :

Tél. :

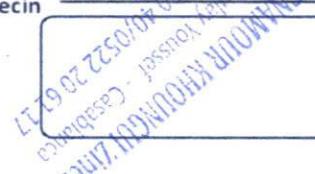
0661 664 885

Total des frais engagés :

10.89,50

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

DAHEUR NOUREDDINE

Age :

Nom et prénom du malade :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Lien de parenté :

Nature de la maladie :

DRABETE

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'atter médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je d avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : 20/10/18

Signature de l'adhérent(e) :



## **RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES**

Types des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
10000001	C	1	9000,0000	INP : 091024555
				2022/04/06 Moulaouissi Signature
				2022/04/06 Moulaouissi Signature
				2022/04/06 Moulaouissi Signature

## **EXECUTION DES ORDONNANCES**

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 <b>Harmoush Chakik</b> Bay El Missoudi, Rue 1 N° 40 Bis Ain Diab Rte D'Azemmour Casa/Anfa Tél: 05 22 39 04	06/09/21	549.50

#### **ANALYSES - RADIOGRAPHIES**

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	08/08/2012	R 300 fc 116	300 FC

#### AUXILIAIRES MEDICAUX

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

## **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 canalaires, ainsi que le bilan d

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	INP : <input type="text"/>												
					<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX											
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DEBUT D'EXECUTION												
				<input type="text"/> FIN D'EXECUTION												
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	<p align="center"><b>DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE</b></p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="padding: 5px;">H</td> <td style="padding: 5px;">G</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">25533412</td> <td style="padding: 5px;">21433552</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">D</td> <td style="padding: 5px;">B</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">00000000</td> <td style="padding: 5px;">00000000</td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">35533411</td> <td style="padding: 5px;">11433553</td> </tr> </table> <p align="center"><b>[Création, remont, adjonction]</b> Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession</p>			H	G	25533412	21433552	00000000	00000000	D	B	00000000	00000000	35533411	11433553	<input type="text"/> COEFFICIENT DES TRAVAUX
H	G															
25533412	21433552															
00000000	00000000															
D	B															
00000000	00000000															
35533411	11433553															
				<input type="text"/> MONTANTS DES SOINS												
				<input type="text"/> DATE DU DEVIS												
				<input type="text"/> DATE DE L'EXECUTION												

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

Le 06/09/2021

DANURA MURGAS

⑤ Stowage 10000 S.  
 $28 \times 10^6$  1 - 0 - 1 3m<sup>3</sup>

$$\textcircled{2} \quad \underline{\text{AHARONI}} \quad 1 \text{ mg.} \quad \textcircled{S.V.}$$

$$57.1^\circ \times 3 \cdot 1\frac{1}{2} - 0 - 1\frac{1}{2} \quad 3 \text{ molar}$$

③ Aeston s  
mix 2 48  
  
y.12  
~~Chennai~~  
Chennai  
Tamil Nadu  
India, P.O. Box No. 04-50  
Gatmore

(6) cardiospasm

DIABETOLOGIE

NUTRITION

**ANTI-AGE**

Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 183104



Maphar  
Bd Alkmia N° 6, QI,  
Sidi Bernoussi, Casablanca  
Crestor 5mg cp pell b30  
P.P.V : 114,10 DH  
  
6 118001 183104

LOT : AMAREL 1MG  
CP B30  
PER : 11/2023  
P.P.V : 51DH10  
  
6 118000 060024

Pharmacie Chafik  
Hav El Mersaoui, Rue 1 N° 40  
Bis Ain Diab, Casablanca  
Casab/Anfa Tel: 05 22 39 04 80

LOT : AMAREL 1MG  
CP B30  
PER : 09/2021  
P.P.V : 51DH10  
  
6 118000 060024

LOT : AMAREL 1MG  
CP B30  
PER : 11/2023  
P.P.V : 51DH10  
  
6 118000 060024

LOT 201394  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

LOT 201394  
EXP 10/2023  
PPV 28.00DH

28,00

28,00

28,00

28,00

CASABLANCA

MONTPELLIER

PARIS

RENNES

Le 06/09/2021

DIAHGUZ KHOUNGUI ZINEB

① glycome à Jeun

② CHOL T - HDL - LDL - TC

③ AD glyquée -



DIABETOLOGIE

NUTRITION



ANTI-AGE



# مختبر التحاليل الطبية الرگراچي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGRAGUI

S. MESTASSI  
Biogiste Diplomé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand

**FACTURE N° :** 2109092003

Casablanca le 09-09-2021

**Mr Nouredine DAHEUR**

Date de l'examen : 09-09-2021

INPE :

Caisse : **MUPRAS**



Analyses :

### Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Forfait traitement échantillon sanguin	E11.5	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0110	Cholestérol HDL+ L D L	B80	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B

TOTAL DOSSIER : 340 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : trois cent quarante dirhams





# مختبر التحاليل الطبية الرگراگي

## LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES REGAGUI

S. MESTASSI  
Biologiste Diplômé de la faculté  
De Médecine et de Pharmacie  
de Clermont Ferrand



Né (e) le: 18-07-1949, âgé (e) de : 72 ans  
Enregistré le: 09-09-2021 à 07:49  
Édité le: 09-09-2021 à 12:39  
Prélèvement : au labo  
Le : 09-09-2021 à 07:56

**Mr Nouredine DAHEUR**

Référence : 2109092003

Prescrit par : Dr BENAMOUR KHOUNGUI Zineb

### BIOCHIMIE SANGUINE (Cobas c311/Roche)

Aspect du sérum

Limpide

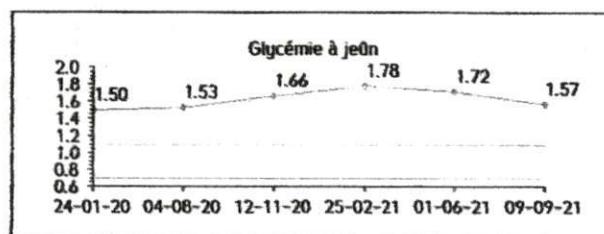
01-06-2021

Glycémie à jeûn

1.57 g/l  
8.7 mmol/l

(0.70-1.10)  
(3.9-6.1)

1.72  
9.5



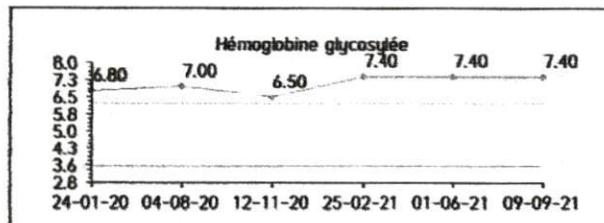
01-06-2021

Hémoglobine glycosylée  
(HPLC /D10.Biorad)

7.40 %

(3.50-6.25)

7.40



Interprétation:

Glycémie proche de la normale : 6-7  
Bon contrôle : 7-8  
Métabolisme mal équilibré : >8



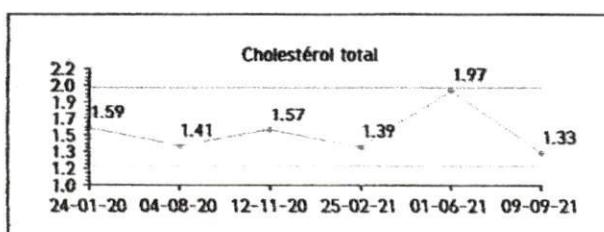
01-06-2021

Cholestérol total

1.33 g/l  
3.43 mmol/l

(1.20-2.00)  
(3.10-5.16)

1.97  
5.08



T. SWP

Enregistré le: 09-09-2021 à 07:49  
 Edité le: 09-09-2021 à 12:39  
 Prescrit par : Dr BENAMOUR KHOUNGUI Zineb

**Mr Nouredine DAHEUR**

Né (e) le : 18-07-1949, âgé (e) de : 72 ans  
 Référence : 2109092003

01-06-2021

**Cholestérol HDL**

**0.32 g/l** (**>0.35**) **0.37**

**Rapport CT/HDL**

(Athérogénicité du cholestérol)

**0.82 mmol/l** (**>0.90**) **0.95**

**4.16** (**<5.00**) **5.32**

**Cholestérol LDL**

**0.65 g/l** (**<1.55**)

**Rapport LDL/HDL**

**1.68 mmol/l** (**<4.00**)

**2.03** (**<3.55**)

Le niveau du LDL sera interprété en fonction du niveau de risque cardio-vasculaire global évalué à l'aide de la table SCORE ou des facteurs de risque cardio-vasculaire (HAS,février 2017)

	Faible	Modéré	Élevé	Très élevé
Niveau de risque cardio-vasculaire	SCORE < 1%	-Diabète type 1 ou 2 < 40 ans ni atteinte organe cible -SCORE > ou =1 - <5%	-IRC (30-59 ml/min) -TA > 180/110 mmHg -Diabète type 1 ou 2 sans FRCV ni atteinte des organes cibles si < 40 ans -SCORE > ou =5 - <10%	-Diabète type 1 ou 2 avec atteinte d'organe cible ou au moins un FRCV,si < 40 ans -IRC sévère (15 à 29 ml/min) - SCORE > ou = 10%
Objectifs thérapeutiques	Mesure hygiéno-diététiques Cible LDL < 1.9 g/l ou 4.9 mmol/l	Mesure hygiéno-diététiques+médicament(s) cible LDL < ou=1.30 g/l ou 3.4 mmol/l	Mesures hygiéno-diététiques + médicament(s) cible LDL < ou =1 g/l ou 2.6 mmol/l	Mesures hygiéno-diététiques+médicament(s) Cible LDL < ou = 0.7 g/l ou 1.8 mmol/l

01-06-2021

**Triglycérides**

**1.78 g/l** (**<1.50**) **2.43**

**2.03 mmol/l** (**<1.71**) **2.77**

