

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

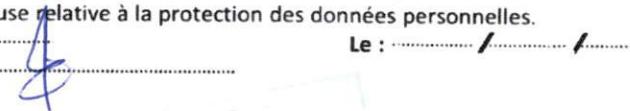
- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| 0 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 Adhésion et changement de statut | : adhesion@mupras.com |

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.

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> A
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricole : 873		Société : 203359	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : MEKKI CHIADMI			
Date de naissance : 25/06/47			
Adresse :			
Tél. : 0661344798 Total des frais engagés :			
Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : Chiadmi Mekki Age :			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : 7 Fonction			
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'adhérent ou au médecin conseil de la Mutuelle.			

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

Fait à : _____ Le : _____

Signature de l'adhérent(e) : 

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
8/11/21	S		C	INP : <input checked="" type="checkbox"/> Dr. Moudir BACHOUCH: Oncologue CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE 22, Avenue Ahmed Balafréj - Babet L.D : +212 (5) 37 66 41 56 -212 (5) 37 67 17 17 / Fax : +212 (5) 37 67 29 28 ISIRE : 01016002

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>ANAT 35 ANAT 35 26, Rue du Génie 75003 Paris</i>	29/12/21	B380 + 40	5.02, 02

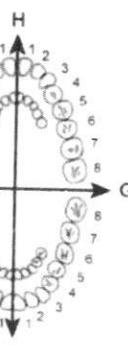
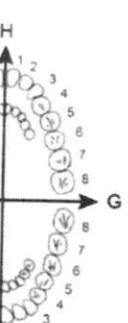
AUXILIAIRES MEDICALS

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRÉS

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 d

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

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXÉCUTION

D^r MOUINIR BACHOUCHI

oncoloque

diplômé de La faculté de médecine de Paris
EX Médecin à L'IGR - Villejuif

diagnostic et traitement des cancers
spécialiste des maladies des seins

الدكتور منير البشوشى

اختصاصي في علاج الأورام

خريج كلية الطب بباريس
طبيب سابق بمعهد غوستاف روسي
فيل جوف

تشخيص وعلاج الأورام
اختصاصي في أمراض الثدي

CO16

CLINIQUE D'ONCOLOGIE
16 NOVEMBRE

8. 12. 21

Mr Chadioui Melha

- glycémie à jeun.

- hémoglobine. Sangue.

- PSA

LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MEDICALES
26 Rue d'Ifrane Témara Centre
Tél. 0537 64 20 88 Fax: 0537 64 09 61

DR. MOUINIR BACHOUCHI
ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
CLINIQUE D'ONCOLOGIE 16 NOVEMBRE
22 Avenue Ahmed BaLafrej - Rabat
Tél: +212 (5) 37 67 17 17
Fax: +212 (5) 37 66 41 65
INPE: +212 (5) 37 67 29 29

④ +212 (6) 64 70 70 10

④ +212 (5) 37 67 17 17 L.G

④ +212 (5) 37 66 41 41 L.D

④ +212 (5) 37 67 29 29

④ mbachouchi@co16.com

cLinique d'oncoLogie 16 novembre

④ 22 Avenue Ahmed BaLafrej - Rabat

④ Clinique@co16.ma

LABORATOIRE BENNIS D'ANALYSES MEDICALES

Dr. BENNIS Abdelali

Adresse: 26, Rue Iran - Témara Centre - Téléphone : 05 37 64 20 88 - Fax : 05 37 64 12 46



INPE : 103002804

Facture

N° facture : 2021-16277

Patient : Mr CHIADMI Mekki

Date prélèvement : 08/12/2021

Analyses	Valeur en B	Montant
Glycémie à jeun	30	40,20
Hémoglobine glycosylée	100	134,00
PSA Total	250	335,00
Total B	380	509,20
APB	1,0	10,00
Total payé		500,00

Arrêtée la présente facture à la somme de : CINQ CENTS DIRHAMS ***



Duplicata

Dossier du: 08/12/2021
Édité le: 08/12/2021

Code Patient : 18-04710
Référence : 081221-0939

Mr CHIADMI Mekki



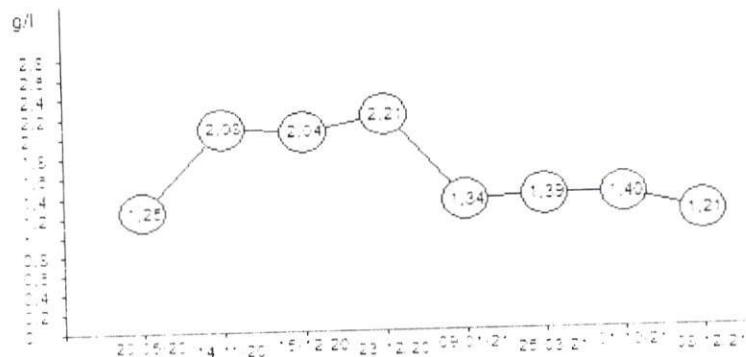
Page : 1/1

BIOCHIMIE

Valeurs Usuelles

Antériorité

Glycémie à jeun : 1,21 g/l (0,7 - 1,1)
6,73 mmol/l



Suivi de Glycémie à jeun

Date

6,09 (01/10/21)

Hémoglobine Glycosylée (HbA1c) : 6,07 %
(Chromatographie liquide haute performance / HPLC)

Valeurs usuelles (HAS 2013)

- 4.0 à 6.0% : Etat non diabétique ou diabète très bien équilibré.
- < 6.5% : Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux.
- < 7.0% : Diabète de type 2 traité par insuline.
- < 8.0% : Diabète de type 2 du sujet très âgé.
- 7.0 à 7.5% : Diabète de type 1.

MARQUEURS SERIQUES

Valeurs Usuelles

Antériorité

PSA totale : <0,006 ng/ml
(Technique : COBAS411)

<0,09 (12/06/21)

Valeurs usuelles en ng/ml
Moins de 60 ans : < 4.00
Au-delà de 60 ans : augmentation de 3.2% l'an
Après 70 ans : > 6.5

Nous vous remercions de votre confiance

Dr. Abdelali BENNIS
LABORATOIRE BENNIS
ANALYSES MÉDICALES
26 Rue d'Iran - Témara Centre
0537 64 20 84 Fax : 0537 64 09 61