

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 |

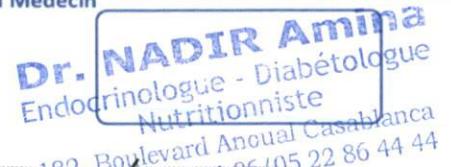
La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

N° W21-673345

120654

<input checked="" type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule : <u>1599</u>	Société : <u>R.A.A</u>		
<input type="checkbox"/> Actif	<input checked="" type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	<u>EL N.I.R</u>
Nom & Prénom : <u>EL ABBOUBI</u>			
Date de naissance : <u>1950</u>			
Adresse : <u>14 C+ WAKANATI route AZFOUDOUR</u>			
Tél. : <u>CA 84</u>		Total des frais engagés : _____ Dhs	

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin : 			
Date de consultation : <u>28 JUIN 2022</u>			
Nom et prénom du malade : <u>MARIE CHRISTINE</u> Age: _____			
Lien de parenté : <input type="checkbox"/> Lui-même <input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant			
Nature de la maladie : <u>Diabète Type 2</u>			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances : 			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emballage 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 : <u>ACCUEIL</u> Le : <u>28 JUIN 2022</u>			
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
1 AVR 2022	2	3000	091163089	NABZ Endocrinologue - Diabetologue Nutritionniste Anoual Casablanca 05 22 86 44

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
	08/06/2022	B 880 + RC 1,34	1200,-

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 de l'ODF.

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 PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	25533412 00000000	21433552 00000000	MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>
D	G	35533411 I	11433553 B	DATE DU DEVIS <input type="text"/>
[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession				
				DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>

Docteur NADIR Amina

Spécialiste

Endocrinologue - Diabétologue

Nutritionniste



Diabète - Goitre - Cholestérol - Obésité
Maireur - Retard de croissance et de puberté

الدكتورة نديرة أمينة

طبيبة أخصائية في

أمراض السكري - أمراض الغدد - التغذية

الاضطرابات الهرمونية

أمراض الغدة الدرقية - السمنة - الكوليستيرول
النحافة - تأخر النمو والبلوغ

ORDONNANCE

Casablanca le ٢٠١٥/٦/٢٢ الدار البيضاء في :

Mr - Mme :

Elie De Noie Christine

- TSH, T4L, T3 .
- glycémie à jeun .
- HbA1C .

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
avenue du Phare Résidence KENZ
n°5 Racine Extension Bourgogne
tel. 0522 36 87 49/54 - Casablanca



En cas d'urgence : 06 61 08 89 86

182, Bd Anoual, Tour Anoual, Derb Ghalef, Casablanca

Tél : 05 22 86 44 86 - 05 22 86 44 44

e-mail : nadiramina@yahoo.fr

182، شارع أنوال، درب غلف، الدار البيضاء

الهاتف : 05 22 86 44 44 - 05 22 86 44 86

العنوان الإلكتروني : nadiramina@yahoo.fr

I.C.E : 001648613000070

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ

Racine extension Bourgogne -Casablanca.

Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

IF : 41404766

FACTURE N° : 220600078

CASABLANCA le 08-06-2022

Mme EL MIR Marie Christine

Prescripteur : NADIR

Analyses effectuées le 08-06-2022

Récapitulatif des analyses

<i>CN</i>	<i>Analyse</i>	<i>Val</i>	<i>Clefs</i>
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
	T3 Libre	B250	B
	Thyroxine libre	B250	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0163	TSH	B250	B

Total des B : 880

TOTAL DOSSIER : 1200.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : mille deux cents dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Av du Phare Résidence KENZ
Racine Extension Bourgogne
Tél: 0522 3687 49/54 - Casablanca

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplôme de la Faculté Paris V
 Spécialiste en Bactériologie - Virologie
 Biochimie - Hématologie - Immunologie
 Parasito - Mycologie

Date du prélèvement : 08-06-2022 à 07:58**Code patient :** 1901240002**Né(e) le :** 14-05-1949 (73 ans)**Mme EL MIR Marie Christine**

Dossier N° : 2206080001

Prescripteur : Dr NADIR AMINA

BIOCHIMIE SANGUINE (Hitachi 911)

08-03-2022

Glycémie (à jeun) 1.90 g/L (0.70-1.10) 1.25

08-03-2022

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 9.50 % (4.50-7.00) 9.40

08-03-2022

9.40

Interprétation :

(Diabète stable < 7 %)

(Diabète instable > 8 %)

(Niveau non diabétique < 6 %)

HORMONOLOGIE (Cobas e411)

08-03-2022

Thyréostimuline (TSH) 0.46 µUI/mL (0.27-4.20) 0.20
 (Tech: cobas)

0.20

30-09-2021

Triiodothyronine libre (T3L) 4.40 pg/mL (2.20-4.40) 3.56
 (Tech: cobas)

3.56

30-09-2021

Thyroxine libre (T4 libre) 1.54 ng/dl (0.93-1.70) 1.38
 (Tech: cobas)

1.38

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI
 LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES
 Avenue du Phare Résidence KENZ
 45 Racine Extension Bourgogne
 Tel: 0522 36 87 49/54 - Casablanca