

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.

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 (I.G) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° W21-674391

par
courrier

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	123456	Société :	RAM
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	ASSIDIKI MONA MEDI
Nom & Prénom :			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : 0699599596 Total des frais engagés :			
Dhs			

Cadre réservé au Médecin			
Cachet du médecin :			
Date de consultation : 07/07/22, ASSADAN mohamed Age:			
Nom et prénom du malade : ASSADAN mohamed			
Lien de parenté :	<input checked="" type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : D.H.D.			
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

N° W21-674391

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

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

Coupon à conserver par 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
01/07/2021	C	—	80 DH	INP : 077083273 Docteur DAI Dr. Al Massira Tel : 06 69 44 44 44

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
PHARMACIE EL BARODI A Docteur CHIZI SNOU S. schmed 222425272792695	7-7-22	216.60

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
LABORATOIRE ABDELKrim KHATABI D'ANALYSES MEDICALES 267, Rue Ouled El Makhzen Bab Dakar - 0524174800	8/4/22	88.47 HSNAC	160 DH

DR. EL BARODI A.
BIOLOGISTE MEDICAL LABORATOIRE ABDELKrim
INPE: 077164267 EL KHATABI D'ANALYSES
MEDICALES
INPE: 073061772
AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Particier	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		
—	—	—	—	—		

VOLET ADHERENT

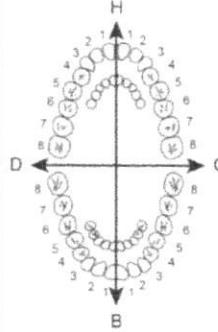
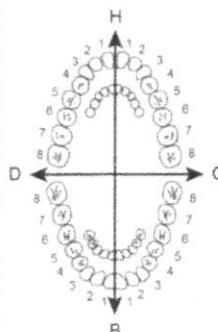
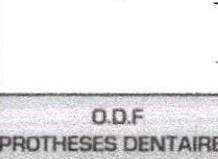
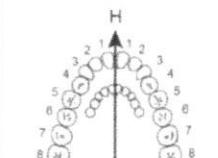
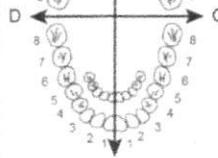
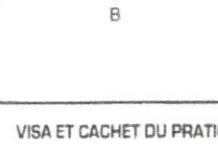
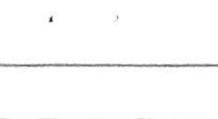
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 : [REDACTED]
	—	—	—	COEFFICIENT DES TRAVAUX [REDACTED]
	—	—	—	MONTANTS DES SOINS [REDACTED]
	—	—	—	DEBUT D'EXECUTION [REDACTED]
	—	—	—	FIN D'EXECUTION [REDACTED]
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	D 00000000 35533411	G 21433552 00000000	B 11433553
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession			
	DATE DU DEVIS [REDACTED]			
	DATE DE L'EXECUTION [REDACTED]			
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél. : 05 24 47 28 96 - 06 69 43 12 83

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

06 69 43 12 83 - 05 24 47 28 96

الهاتف :

07 JUIL

2022

ASSIDAIKI Mohamed

Fr 66. 30x2

o Docteur SNOUSSI 5.
Tf 6445

Fr 8,00 x 3

Fr 8,00 x 1 an
16465 mdr

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziquaq Roudna Essaouira Al Jadida
Tel: 05 23 73 21 95

PHARMACIE SNOUSSI
Docteur GHAZI SNOUSSI Ahmed
22 Ziquaq Roudna Essaouira Al Jadida
Tel: 05 23 73 26 95

Docteur DAMNATI Salah
Médecine Générale
Bd. Al Massira - Essaouira
Tél. : 06 69 43 12 83

Fr de 3 mdr



28,00

28,00

28.00

DAONIL 5MG
CP SEC 860
P.P.V:66DH30
LOT 21F001
PER-002
2023

DAONIL 5MG
CP SEC B60
P.P.V:66DH30
LOT 271E001
PER. 212
2023

ESSAOUSRIA Le 07/07/2022

M. Mohamed ASSIDIKE

22 ZIQUAAG RCLM321-ESSCUTIA AL Jaidida
PHARMACIE SNOUSSI Ahmed
Docleur GHIZI SNOUSSI Ahmed
TE: 05 24 79 26 95

FACTURE N° 19

Quantité	Désignations	Prix unitaire	Montant
03	Glucophage 1000	28,00	84,00
02	Dacamil 5	66,30	132,60
			<u>216,60 Dhs</u>

Annexe à la présente facture à la somme de deux cent seize dirhams et soixante centimes

Docteur DAMNATI Salah

Médecine Générale

Bd. Al Massira - Essaouira

Tél. : 05 24 47 28 96 - 06 69 43 12 83

07 JUIL 2022

الدكتور الدمناتي صلاح

الطب العام

شارع المسيرة - الصويرة

الهاتف : 06 69 43 12 83 - 05 24 47 28 96

ASSIDDIKI Mohamed

FD

glycémie à jeun
HbA1c

Docteur DAMNATI Salah
Médecine Générale
Bd. Al Massira - Essaouira
Tél. : 06 69 43 12 83

LABORATOIRE ABDELKrim
ATABI D'ANALYSES MEDICALES
Bab Ched El Makhzen Bab
Essaouira - 0524474000

Dr. EL BAROUDI A.
Lauréat de l'université de Bruxelles

Lauréat de l'université de Bruxelles

Spécialiste en :

HEMATOLOGIE
BIOCHIMIE
BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE
VIROLOGIE-MYCOLOGIE
CYTOLOGIE
TOXICOLOGIE



عبدالكريم الخطابي للتحاليلات الطبية
ABDELKrim EL KHATABI
D'ANALYSES MEDICALES

الدكتور عبد البنعم البارودي

خريج جامعة بروكسل

مختصر

11 - 1

علم الكيمياء الاحيائية

علم الجراثيم والطفيليات والفيروسات

FACTURE

0000205

Essaouira, le ...st 10 2012...

Nom et Prénom	Type d'Analyses	Prix
ASSIDI, Ici	KSF	40
mohamed	HbA1c	120
LABORATOIRE ABDERRAHIM EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES 287, Rue Ouard El Mekhzen Rab		
Doukkala Essaouira - 0524474800		

Arrêter la présente facture à la somme de : ...

Dirhams TTC



Cachet et signature



077164267

073061772

287 - الفاكس والهاتف - الصويرة دكالة ياب واد المخازن زنقة، 00 48 47 24 05

287, Rue Oued El Makhzen Bab Dukkala Essaouira - Tel/Fax : 05 24 47 48 00

Code INP : 077164267 - Patente : 47219546 - IF : 89919270 - ICE : 002016666000095

Dr. EL BAROUDI A.
Lauréat de l'université de Bruxelles

الدكتور عبد المنعم البارودي
خريج جامعة بروكسل

مختص في : علم الدم - علم الكيمياء الإحيائية - علم الجراثيم والطفيليات والفيروسات - علم السيوطولوجيا - علم التسممات
SPÉCIALISTE EN : HEMATOLOGIE - BIOCHIMIE - BACTERIOLOGIE-PARASITOLOGIE - VIROLOGIE-MYCOLOGIE - CYTOLOGIE - TOXICOLOGIE

Prélèvement du : 07/07/2022 à 09:27

Résultats édités le: 07/07/2022



Prescripteur: Docteur DAMNATI

MR ASSIDDIKI MOHAMED

Dossier N° 20A3160

Page: 1/1

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate Konelab)

GLYCEMIE. À JEUN.....	1,57	g/l	(*)	0,70 à 1,10 g/l
(Colorimétrie enzymatique)	8,73	mmol/l		3,89 à 6,12 mmol/l
Antécédent du 29/11/21 - 10:01 :	2,03	g/l		
Hb GLYCOSYLEE	7,30	%		
Antécédent du 29/11/21 - 10:01 :	8,00	%		
Interprétation				
Diabétique :	V.N : (6,7 à 7,3)			
Non diabétique :	V.N : (4,4 à 6,7)			

Total de pages: 1

LABORATOIRE ABDELKrim
EL KHATABI D'ANALYSES MEDICALES
287, Rue Oued El Makhzen Bab
Doukkala Essaouira - 0524474800

* GLYCOHEMOGLOBIN REPORT *

2022/07/07 10:20

TOSOH CORPORATION V05.29
ID: 0008 SL 0001 - 08
ID: 20220707045
CAL(N) = 1.1330X + 0.6554

TP 370

NAME	%	TIME	AREA
TP	0.0	0.00	0.00
A1A	0.4	0.25	4.50
A1B	1.2	0.31	11.92
	0.4	0.41	4.03
A1C+	2.3	0.47	23.42
GA1C	7.3	0.58	59.04
A0	89.9	0.83	910.92
	TOTAL AREA		1013.83

HbA1C 7.3%

IFCC 56 mmol/mol

HbA1 8.9 % HbF 0.4 %
0% 15%

