

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

- ☐ Réclamation : contact@mupras.com
- ☐ Prise en charge : pec@mupras.com
- ☐ 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 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com



Déclaration de Maladie

N° M21- 0014011

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10174 Société : La rane
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
 Nom & Prénom : mirri mohamed
 Date de naissance :
 Adresse : 06-69-33-411-06 mamer aden 1922
 Tél. : 06-69-33-411-06 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :
 Date de consultation : 03/10/2022
 Nom et prénom du malade : NADIA WAFIA
 Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant
 Nature de la maladie : diabète type 2
 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) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019



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
03/10/2022		8	250,00	

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
	03/10/2022		100,000

AUXILIAIRES MEDICAUX

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

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														
				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																
	<table border="1"> <tr> <td colspan="2">H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td colspan="2">B</td> </tr> </table>		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																
	[Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		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'EXECUTION

Dr. Abderrahim Bokhamy

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**

• **Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie**

Berrechid, le... 03/10/2022 برشيد في

الدكتور عبد الرحيم بخامي

**اختصاصي في أمراض السكري
الغدد و التغذية**

**السكر - التغذية - السمّنة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم**



* 061011375*

NADIL
OUAFAA

G=J

HBAIC

ABOITURE AZZAMIA
D'Appareils Médicaux
14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100
Tél : 05 22 32 87 87 Berrechid

Dr. Abderrahim Bokhamy
Endocrinologue - Diabéologue
Av. Akel Ibn Abi Salem, Rte. Ibn Khaldoun
Porte 4 - Berrechid - Tél : 0522 32 87 87

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد

هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

Dr. Abderrahim Bokhamy

**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**

**Diabète - Obésité - Nutrition
Cholestérol - Glandes - Stérilité
Ménopause - Andrologie**

الدكتور عبد الرحيم بخامي

**اختصاصي في أمراض السكري
الغدد و التغذية**

**السكر - التغذية - السمنة - الكوليسترول
الإضطرابات الهرمونية - العقم**

برشيد في Berrechid, le 08-10-2022



* 061011375 *

Nadil
Wafaa

16.04.2022

Dr. Abderrahim Bokhamy
**SPECIALISTE EN ENDOCRINOLOGIE
ET MALADIES METABOLIQUES**
INP : 061011375
BERRECHID

شارع علال بن عبد الله - إقامة ابن خلدون - الباب رقم 4 (قرب القيسارية) - برشيد
هاتف العيادة : 05 22 328 787 - المحمول : 0666 352 104

LABORATOIRE D'ANALYSE MEDICALES AZZAITOUNA

N°92 -94 Bd Hassan II Hay Tissir I Berrechid
Tél/Fax : 05.22.03.35.55 – Mail : labo.azzaitouna@gmail.com

FACTURE N° : 221000015

INPE : 063064950



Berrechid le 03-10-2022

Mme NADIL Wafaa

Récapitulatif des analyses	
Analyse	Clé
HbA1c	B70
Glycémie	B30

Total des B : 100

TOTAL DOSSIER : 100.00 DH Payé par Espèces

Arrêtée la présente facture à la somme de :
cent dirhams .

ICE : 002652320000035 IF : 47253041

LABORATOIRE AZZAITOUNA
Analyses Médicales
N°92 Bd Hassan II - Berrechid
Tél/Fax : 05.22.03.35.55



مختبر التحليلات الطبية الزيتونة

LABORATOIRE D'ANALYSES MÉDICALES AZZAITOUNA

BIOCHIMIE IMMUNOLOGIE* HEMATOLOGIE* BACTERIOLOGIE* VIROLOGIE* PARASITOLOGIE* MYCOLOGIE* SPERMIOLOGIE* HORMONOLOGIE

Dr. ISSAM ZATNI

Médecin Biologiste

الدكتور عصام زاتني

طبيب إحيائي

Date du prélèvement : 03-10-2022 à 09:32

Code patient : 220331141

Né(e) le : 01-05-1972 (50 ans)

Mme NADIL Wafaa

Dossier N° : 221003027

Prescripteur : Dr BOKHAMY Abderrahim



BIOCHIMIE SANGUINE

(Beckman Coulter AU 480)

GLYCEMIE A JEUN

(Méthode Hémokinasé-G6PDH)

1.14 g/L (0.70-1.10)
6.33 mmol/L (3.89-6.11)

31-03-2022

1.55

HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE

(Technique HPLC TOSOH)

Interprétation des résultats de la HbA1c chez un sujet diabétique :

HbA1C entre 6.1 à 7.0 % : excellent équilibre glycémique (DID)

HbA1C entre 7.0 et 8.0 % : bon équilibre glycémique

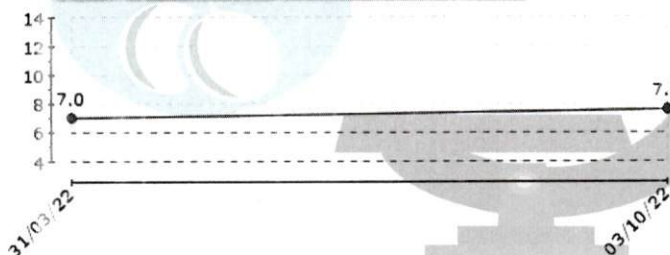
HbA1C supérieur à 8 % : mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée

7.5 % (4.0-6.0)

31-03-2022

7.0

• Antériorité : HEMOGLOBINE GLYCOSYLEE (%)



L.A.M.A.

Validé par : Dr. ZATNI ISSAM

LABORATOIRE AZZAITOUNA
D'Analyses Médicales
Dr. Issam ZATNI
Tissir 1 N° 92-94 Bd Hassan II
Tél: 06 67 05 14 67

Page 1

PRÉLÈVEMENT À DOMICILE

Tél : Fax : 05.22.03.35.55 Gsm : 06.67.05.14.67 Email: labo.azzaitouna@gmail.com

ICE: 002652320000035 - IF : 47253041 - RC: 14169 - IP : 43100731

Adresse: N° 92-94 Bd Hassan II Hay Tissir 1- Berrechid