

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être sûrement 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

- O Réclamation : contact@mupras.com
- O Prise en charge : pec@mupras.com
- O 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.

M22- 0040652

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)
Matricule : 0 819

Société : RAM 152200

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : MAKOUT Bouchaïb

Date de naissance : 1-7-1944

Adresse : Huy Salma Chemin Rues 1, 7 Lot chemins

Huy Salam C 1541

Tél. : 0667048907 Total des frais engagés : 772.90 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 02/03/2023

Nom et prénom du malade : 92 HANAFI Nafissa Age :

Lien de parenté : Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ALD ALC Pathologie :

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) :

2

Autorisation CNDH 2015 / 2019

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 |
|-----------------|-------------------|-----------------------|---------------------------------|--|
| 02/03/2023 | | | 41 150 m | |
| | | | | Dr. Loubna BACHOUR Lot Mly 1125, N° 6 Oulfa 0522931125 |

EXECUTION DES ORDONNANCES

| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
|---|---------|---|
|  | 21/3/23 | Mme. D. SOFIA 214, Bd. Sidi Abdellah Casablanca - Maroc 22 36 01 60 273.90 |

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

| Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue | Date | Désignation des Coefficients | Montant des Honoraires |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
|  | 06/03/23 | 15:242+Ps | 349,00 DH |

AUXILIAIRES MEDICAUX

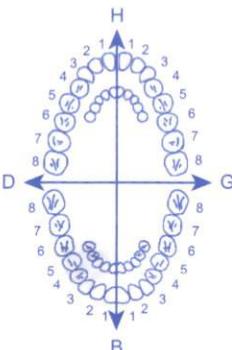
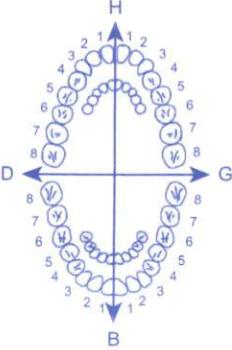
| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|-------------------------------------|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | I M | I V | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | |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

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 | |
|---|---|--|-------------|---|
|  | | | | 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 | | | |
|  | H 25533412 00000000 D 00000000 35533411 | G 21433552 00000000 B 00000000 11433553 | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | (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"/> |

Dr. Loubna RACHOUI

Médecine Général-Echographie

الدكتورة لبني غشوي

الطب العام - الفحص بالصدى

Diplôme de Diabétologie de la Faculté Médecine Montpellier

دبلوم أمراض السكري من جامعة مونبولي

Diplôme Universitaire de Formation Complémentaire en

دبلوم جامعي في أمراض النساء ومتابعة الحمل

Gynécologie et Obstétrique en Médecine Générale

دبلوم أمراض المسنة والتغذية من جامعة مونبولي

Diplôme en Diététique Médicale de la Faculté Médecine Montpellier

Casablanca le : ٠٢٠٣ / ٢٠٢٣ الدار البيضاء في:

Y = El Harrat, Natra

1) Casablanca

2) EVOLUFA Anh Biogru

LABORATOIRE D'ANALYSES BIOPHYSIQUES
187, Bd Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 0529334 - Fax: 052257745

Dr. Loubna RACHOUI
Lot Mly Thami N° 6 - 1^{er} Etage Rond-point George - Oulfa -Casablanca
0522931125

الهاتف : 0522931125

Lot Mly Thami N° 6 - 1^{er} Etage Rond-point George - Oulfa -Casablanca

تجزئة مولاي التهامي رقم 6 الطابق الأول مدار جورج - الألفة - الدار البيضاء

FACTURE N° : 2303062009

INPE: 093061067 IF:14377655

Casablanca le 06-03-2023

Mme Nafissa HARRATI

Date de l'examen : 06-03-2023

Analyses :

Récapitulatif des analyses

| <i>CN</i> | <i>Analyse</i> | <i>Val</i> | <i>Clefs</i> |
|-----------|--|----------------------------|------------------|
| PS | Prélèvement sang – Examen cytobactério des urines Glycémie à jeun HbA1c | E25 B112 B30 B100 | E B B B |

Total des B : 242

TOTAL DOSSIER : 349.00 DH

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



Date du prélèvement : 06-03-2023 à 09:51

Code patient : 2001022006

Né(e) le : 01-01-1954 (69 ans)



Mme Nafissa HARRATI

Dossier N° : 2303062009

Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

08-01-2022

- Glycémie à jeun

(Beckman AU480)

0.94 G/L (0.70–1.15)
5.22 mmol/L (3.89–6.38)

1.31

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C:

(Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

5.0 % (4.0–6.0)

Patient non diabétique : 4–6 %

Objectif de thérapie : < 7 %

Modification de thérapie: > 8 %

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil : Deuxième Jet

Examen cytologique direct

Couleur:

Jaune

Aspect :

Limpide

Leucocytes :

<10 / mm³ (0–10)
<10 000 / ml (0–10 000)
<10 / mm³ (0–10)
<10 000 / ml (0–10 000)

Hématies :

Absence

Cellules épithéliales :

Absence

Cylindres :

Absence

Cristaux :

Absence

Trichomonas:

Absence

Levures:

Absence

Examen bactériologique

Gram :

Absence de germes

Cultures sur milieux usuels :

Culture demeurée stérile

Identification du germe:

–

Numeration:

–

Conclusion :

Absence de critères d'infection urinaire

Validé par le biologiste

EVOLULAB
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES
187, Boulevard Ibnou Sina - Casablanca
Tél: 05 22 95 03 34 - Fax: 05 22 94 77 45 - E-Mail: evolulab@hotmail.com
RC : 267035 - ICE : 001666539000001

Date du prélèvement : 06-03-2023 à 09:51

Code patient : 2001022006

Né(e) le : 01-01-1954 (69 ans)



Mme Nafissa HARRATI

Dossier N° : 2303062009

Prescripteur :

BIOCHIMIE SANGUINE GÉNÉRALE ET SPÉCIALISÉE

08-01-2022

- Glycémie à jeun
 (Beckman AU480) 0.94 G/L (0.70-1.15) 1.31

5.22 mmol/L (3.89-6.38)

HEMOGLOBINE GLYQUEE A1C: 5.0 % (4.0-6.0)
 (Méthode de Référence: HPLC sur GX 723)

Patient non diabétique : 4-6 %

Objectif de thérapie : < 7 %

Modification de thérapie : > 8 %

BACTERIOLOGIE

EXAMEN CYTOBACTERIOLOGIQUE DES URINES

Recueil : Deuxième Jet

Examen cytologique direct

| | |
|--------------------------------|---|
| Couleur: | Jaune |
| Aspect : | Limpide |
| Leucocytes : | <10 / mm ³ (0-10) <10 000 / ml (0-10 000) |
| Hématies : | <10 / mm ³ (0-10) <10 000 / ml (0-10 000) |
| Cellules épithéliales : | Absence |
| Cylindres : | Absence |
| Cristaux : | Absence |
| Trichomonas: | Absence |
| Levures: | Absence |

Examen bactériologique

| | |
|--------------------------------------|--------------------------|
| Gram : | Absence de germes |
| Cultures sur milieux usuels : | Culture demeurée stérile |
| Identification du germe: | - |
| Numeration: | - |

Conclusion :

Absence de critères d'infection urinaire

Validé par le biologiste

187, Boulevard Ibnou Sina - Hay El Hana - Casablanca
 Tél. : 05 22 95 03 34 - Fax : 05 22 94 77 45 - E-Mail : evolulab@hotmail.com
 RC : 267035 - ICE : 001666539000001