

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

- Reclamation : 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.

Déclaration de Maladie

N° W21-807649

17x697



Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule :

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre

Nom & Prénom :

ABOUEZ Djaloua AIT ABD

Date de naissance :

30/06/1950

Adresse :

Salon de Meknès

Tél. :

0662353243 Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

20/06/23, Tiznit mine

Age: 72 ans

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

Affect. moindre

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

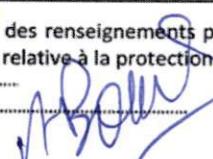
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : Meknès

Le : 20/06/23

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019

| 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 |
| 20/08/23 CS | | | 300,00 | INP : 041303969 |
| | | | |  |

| 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"/> | CCEFFICIENT DES TRAVAUX | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | D.O.F PROTHESES DENTAIRES DETERMINATION DU CCEFFICIENT MASTICATOIRE <table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> </table> | H | 25533412 | 21433552 | D | 00000000 | 00000000 | B | 35533411 | 11433553 | MONTANTS DES SOINS | | |
| | | H | 25533412 | 21433552 | | | | | | | | | |
| | | D | 00000000 | 00000000 | | | | | | | | | |
| | | B | 35533411 | 11433553 | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="text"/> | | | | | | | | | | | | | |
| | CDEBUT D'EXECUTION FIN D'EXECUTION CCEFFICIENT DES TRAVAUX MONTANTS DES SOINS DATE DU DEVIS DATE DE L'EXECUTION | DEBUT D'EXECUTION | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| | | <input type="text"/> | | | | | | | | | | | |
| [Création, remont, adjonction] Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS | | | | | | | | | | | | | |
| VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION | | | | | | | | | | | | | |

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Cabinet d'ophtalmologie spécialisé

Adulte & enfant

Cataracte, Strabisme, Paupières, Voies lacrymales, Glaucome, Cornée, Rétine, Chirurgie réfractive et Contactologie



طب العيون و الليزر جليز

عيادة متخصصة في أمراض وجراحة العيون

الكتاب والصغار

المياه البيضاء، الحول، أمراض الجفن، المسالك

الدماغية، الرزق، القرنية، الشبكية.

الجراحة الالكترسيرية والعمليات الlassique

Marrakech le :

Reçu de caisse N° : 73573

essouart

| Identifiant patient | Nom du patient | Date encaissement |
|---------------------|----------------|-------------------|
| PT23061710131 8 | TIZRIT MINA | 20/06/2023 |

| Mode Règlement | Motif / Référence de paiement | Montant Dhs |
|-------------------|-------------------------------|---------------|
| Espèce | Consultation | 300,00 |
| | | |
| Reçu établi par : | Total payé | 300,00 |

Ophthalmology Laser Le Gueliz

Dr OUAGGAG BOUCHRA

Ophthalmologiste

Business Affairs Gueliz, Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 - Marrakech
(+212) 0808536471

Adresse : Business Affairs Gueliz Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid 2e étage N° 11

Téléphone : 0808536471 / 0664059999 Email : olgmarrakech@gmail.com



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

مختبر التحاليل الطبية جليز

LABO►GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

BIOCHIMIE - HEMATOLOGIE - BACTERIOLOGIE - VIROLOGIE - PARASITOLOGIE - MYCOLOGIE - IMMUNOLOGIE - SPERMOLOGIE



Ancien Interne et Attaché aux Hôpitaux de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière à Paris. DU en Management de la Qualité DU en Biologie de la Reproduction

URGENCES 24h/24 7J/7

Code patient : 2307130009

Date du prélèvement : 13-07-2023 à 08:36

Édition : 13-07-2023

Mme TIZRIT Mina

Né(e) le : 01-01-1955 (68 ans)

Dossier N° : 2307130009

Passeport N° :

Prescripteur : Dr BOUCHRA OUAGGAG



BIOCHIMIE SANGUINE

(Automates: Cobas C311-Integra400plus-Roche Diagnostics Systems)

Glycémie à jeun

(Dosage enzymatique)

1.28 g/L

7.10 mmol/L

(0.74-1.09)

(4.11-6.05)

Hémoglobine glyquée (HbA1C)

(Technique HPLC sur GX-Tosoh)

7.5 %

Interprétation :

Sujet non diabétique : 4.0% - 5.6%

Sujet prédiabétique : 5.7% - 6.5 %

Valeur souhaitable du sujet diabétique : < 7%

Urée

(Dosage enzymatique)

0.36 g/L

6.0 mmol/L

(0.15-0.45)

(2.5-7.5)

Créatinine

(Dosage cinétique)

6.0 mg/L

53.1 µmol/L

(5.0-12.0)

(44.3-106.2)

SEROLOGIE INFECTIEUSE

Sérologie de l'hépatite C

HVC (Index)

(Technique Chimiluminescence - Architect-Abbott)

0.09

Résultat

Négatif

Interprétation :

Index > 1 : Positif

Index de 0.9 à 1 : Equivoque

Index < 0.9 : Négatif

Commentaire

Sérologie négative. Dans le contexte d'une contamination potentielle récente (<3 mois), une deuxième sérologie est à réaliser ultérieurement.

Validé par : Dr Abderrazak RIZKI

LABO►GUELIZ
Dr. ABDERRAZAK RIZKI
182 Av Abdelkrim EL Khattabi - Marrakech
Tél : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 073062861

Page 1 / 1

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

182 - Rés ZAITOUNA - Av. Abdelkrim El Khattabi - Guéliz - 40000 Marrakech

Tél : 05 24 42 33 22 / 05 24 20 70 00 - Fax : 05 24 42 30 33 - E-mail : labogueliz18@gmail.com - Site web : www.labogueliz.com



20 juin 2023

Mme TIZRIT MINA

Bilan biologique pré opératoire Cataracte

- Medecin : DR OUAGGAG

- Identité du patient : Mme MINA TIZRIT
- Age : 68 ans et 5 Mois
- Type d'anesthésie : LOCALE
- Type d'intervention : CATARACTE
- Oeil à opérer : OD

- Urée Créatinine
- Glycémie à jeun
- Hémoglobine glycosylée
- Sérologie virale C

LAJED GUELIZ
Dr ABDERRAZAK RIZKI
182 Avenue Abdellatif Ben Kaddour - Marrakech
Tel 05 24 42 30 22 - Fax 05 24 42 30 33
INPE : 073062861

Ophthalmology Laser Le Gueliz
Dr OUAGGAG BOUCHRA
Business Affairs Gueliz - Intersection Bd Abdelkrim El Khattabi et Bd My Rachid, 2e étage N° 11 - Marrakech
Tél : 05 24 42 30 22 - Fax : 05 24 42 30 33
Mobile : 06 21 21 00 0853647



مختبر التحاليل الطبية جليز

LABO-GUELIZ D'ANALYSES MEDICALES

BIOCHIMIE • HÉMATOLOGIE • BACTÉRIOLOGIE • VIROLOGIE • PARASITOLOGIE • MYCOLOGIE • IMMUNOLOGIE • SPERMIOLOGIE



د. عبد الرزاق رزقي
Dr. Abderrazak RIZKI
Médecin Biologiste

Ancien Interné et Attaché aux Hôpitaux
de Barcelone et au CHU la Pitié salpêtrière
à Paris. DU en Management de la qualité

ICE : 003291654000040

IF : 53763553

Patente : 45110963

CNSS : 4794244

FACTURE N° : 230700338

MARRAKECH le 13-07-2023

MUT

Mme TIZRIT Mina

| Récapitulatif des analyses | | |
|----------------------------|------------------------|------|
| CN | Analyse | Clé |
| 9105 | Prélèvement sanguin | E25 |
| 0111 | Créatinine | B30 |
| 0119 | Hémoglobine glycosylée | B100 |
| 0324 | Hépatite C / Dépistage | B300 |
| 0135 | Urée | B30 |
| | Glycémie à jeun (30) | B30 |

TOTAL DOSSIER : 550.00DH

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

NB: *Tout changement de la date de la facture est non permis (veuillez respectez les délais de dépôt de vos dossiers médicaux auprès de votre assurance)*

LABO-GUELIZ
Dr. ABDELLAZAK RIZKI
182 Av Abderrahman EL KHATIB Marrakech
Tel : 05 24 42 33 22 - Fax : 05 24 42 30 33
INPE : 07 20 62861