

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 caractére personnel.

M23- 0023597

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 3080 Société : Ranq

Actif Pensionné(e) Autre :

Nom & Prénom : SAMORAH AHMED

Date de naissance : 01.01.1952

Adresse : 649 HAY ESSALA M ELJADIDA

Tél. : 0678290926 Total des frais engagés :

383,10

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Dr. HOUDA MAROUAN
Pneumologue
Sce. de Pneumologie
Hôpital Med V-El Jadida
INP: 161050216

Date de consultation : 19.10.2023

Nom et prénom du malade : Moubaraki NAJAT 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) : [Signature]

8

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

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 |
|---|----------|------------------------------|------------------------|
| Dr Leila Radiologue INPE: 06129412 | 16/10/23 | RXZNG | 160,00 |

AUXILIAIRES MEDICAUX

| Cachet et signature du Praticien | Date des Soins | Nombre | | | | Montant détaillé des Honoraires |
|---|-------------------|--------|-----|-----|-----|------------------------------------|
| | | A M | P C | M I | V I | |
|  | 19/10/23 | | | | | 223,10 |

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 |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Début d'exécution |
| | | | | Fin d'exécution |
| O.D.F PROTHESES DENTAIRES | DENTINATE DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE | H 25533412 21433552 00000000 00000000 D 00000000 00000000 B 35533411 11433553 G | | Coefficient des travaux |
| | | | | Montants des soins |
| | | | | Date du devis |
| | | | | Date de l'exécution |

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION



مستشفى الدار البيضاء
ORDONNANCE

Le 17/09/2023

PPV: 171.70 DH
LOT: 22005
EXP: 04/2024

Dr Houbmiri Nijat

171.70

① Axair 250



Pharmacie Hor Essaouira
Dr. SIRRI AL HAM
T. 0523342429
Imm 20, 1er étage, résidence
Toum Erab, El Jadida

LOT : 4085
UT.AV: 05-26
PPV : 36DH/60

AB

② Bétabrine 250



36,60 250 ml x 1

③ Témiphén siroop

14.80 100 ml x 2 fl



PPV 14DH/60

MAROUA
DUDA
Hôpital
Jadida

El Jadida le 15/10/2022

Dr. Housnir Naji

① Re Thoracic

free



L'HÔPITAL MAROUAN
Pneumologue
Service Pneumologie
Hôpital Médical El Jadida
INP : 161050216





| N° IPP : 387060 | N° SEJOUR : 230026991 | FACTURE N° 2303006594 | | | | DATE D'ENTREE : 16/10/2023 | | | | DATE DE SORTIE : 16/10/2023 | | | |
|----------------------------|-----------------------|----------------------------------|------------------|--------|----------------|----------------------------|----------------|---------|----------------|-----------------------------|--------|--|--|
| ASSURE : | | | | | | DESTINATAIRE : | | | | | | | |
| MALADE : HOUBAIRI,Najat | | UF: 5003 RADIOLOGIE | | | | HOUBAIRI,Najat | | | | | | | |
| NOM JEUNE FILLE : | | N° IMMAT C.N.S.S. : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 1 : | | N° D'ADHERENT OU DE MUTUALISTE : | | | | | | | | | | | |
| TIERS PAYANT 2 : | | | | | | | | | | | | | |
| REF. PC 1 : | REF. PC 2 : | N° SE. SOC. ETRANG. : | | | | | | | | | | | |
| NATURE DE PRESTATION | LETTRE CLE | NOMBRE x COEF | PRIX UNITAIRE | TOTAL | TIERS PAYANT 1 | | TIERS PAYANT 2 | | PART DU MALADE | | | | |
| | | | | | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | % / Dh | MONTANT | | | |
| ACTES DE RADIOLOGIE | Z | 16.00 | 10.00 | 160.00 | | | | | | 0.00 | 160.00 | | |

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|--|--|------------|--|--|--|
| Intervenant : 186999 EQUIPE RADIO RADIO | | | | TOTaux : 160.00 | | | | | | | |
| Arrêtée la présente facture à la somme de : CENT SOIXANTE DHS | | | | PLAFOND PC : | | | | ACOMPTE: | | | |
| | | | | REMISE : 0.00 REGLE : 160.00 | | | | AVOIR : | | | |
| | | | | RESTE DU: 0.00 | | | | | | | |
| DATE FACTURE : 16/10/2023 | | | | EDITEE LE : 16/10/2023 | | | | PAR: R8726 | | | |
| VISA | | | | <u>ACCIDENT DE TRAVAIL :</u> | | | | DATE AT : | | | |
| | | | | N° DE POLICE : | | | | | | | |
| | | | | Règlement à effectuer à l'ordre de : POLYCLINIQUE C.N.S.S - EL JADIDA | | | | | | | |
| | | | | BANQUE : BMCE LOT ALBOUCHRA 6 RTE MARAKCH - ELJADIDA | | | | | | | |
| | | | | N° compte bancaire : 011 170 0000 08 210 00 60816 58 EL JADIDA | | | | | | | |



SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE – EL JADIDA

Radiologie conventionnelle – Echographie

Date : 16/10/2023

NOM ET PRENOM : HOUBAIRI NAJAT

Séjour : 230026991

RX THORACIQUE

RESULTATS :

- Syndrome bronchique lobaire supérieur droit.
A confronter aux données cliniques.

Bien amicalement

*Dr Leila Fatima ZY
Radiologue
INPE: 061294773*



Dr. NADA BENJELLOUN Ep EL ATIQI

- Médecin Spécialiste
- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

مختبر التحاليل
البيوطبية بنجلون

دز. نادى بنجلون

طبيب مختبر تحاليل

د. نادى بنجلون بـ الرباط

Prélèvement du : 06/10/2023 à 09:07



Résultats édités le: 06/10/2023

Prescripteur: Docteur EL AISSI MED

MME HOUBAIRI NAJAT

Dossier N° 21F157

Page: 2/2

HEMOGLOBINE GLYQUEE- HbA1C -

(Technique HPLC sur Automate BIORAD-D10/technique

HEMOGLOBINE GLYQUEE HbA1c.....: 7,7 %

(Technique HPLC sur Automate Biorad D-10)

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 7,3 %

Absence de variant de l'Hémoglobine

Profil du patient

| | HbA1C cible |
|--|--------------------------|
| Sujet non diabétique | 4 à 6 % 20 à 42 mmol/mol |
| Diabète de type 2 traité par antidiabétiques oraux | inf à 6,5 % 48 mmol/mol |
| Diabète de type 2 traité par l'insuline | inf à 7 % 53 mmol/mol |
| Patients avec insuffisance rénale chronique | inf à 7,5 % 58 mmol/mol |
| Patients avec antécédents cardio-vasculaires | inf à 8 % 64 mmol/mol |
| Diabète de type 1 | inf à 7 % 53 mmol/mol |
| Femme diabétique enceinte ou envisageant de l'être | inf à 6,5 % 48 mmol/mol |

NB: Afin de standardiser l'expression du résultat de l'HbA1C, de nouvelles recommandations préconisent le rendu en double unités, mmol/mol (IFCC) et en pourcentage (NGSP).

Demande validée biologiquement par: Dr NADA BENJELLOUN

Total de pages: 2

Laboratoire d'analyses
biomédicales BENJELLOUN
Dr Nada BENJELLOUN
Médecin biologiste
Tél: 0523370137 - 0701290137
Email: laboratoire.benjelloun@gmail.com

Tél : 05 23 37 01 37

Prélèvement à domicile sur rendez-vous

أخذ العينات من المنزل بالموعد Urgences: 07 01 29 01 37

مبنى رقم 88، شارع جبران خليل جبران imm88 magasin 1 - El Jadida

✉ Essalam avenue jabran Khalil jabran imm88 magasin 1 - El Jadida

✉ laboratoire.benjelloun@gmail.com



Dr. NADA BENJELLOUN Ep EL ATIQI

- Médecin Spécialiste
- Diplômée de la faculté de médecine de Rabat

مختبر التحاليلات
البيوطبية بنجلون

دكتور نادى بنجلون
طب بيولوجى متخصص
دكتورة كلية الطب بالرباط

Prélèvement du : 06/10/2023 à 09:07

Résultats édités le: 06/10/2023



Prescripteur: Docteur EL AISSI MED

MME HOUBAIRI NAJAT

Dossier N° 21F157

Page: 1/2

BIOCHIMIE SANGUINE
(Sur Automate Response R920/R940)

GLYCEMIE A JEUN.....: 1,20 g/l (*) 0,70 à 1,10 g/l
6,67 mmol/l 3,89 à 6,12 mmol/l

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 1,22 g/l

- 0.70 à 1.10 g/L : Taux normal
- Entre 1.10 et 1.26 g/L : Diminution de la tolérance au glucose
- > 1.26 g/L à 2 reprises : Sujet diabétique
- < 0.92 g/L : Femme enceinte

CREATININE.....: 8,98 mg/l 5,00 à 10,00 mg/l
(Technique: Enzymatique) 79,47 µmol/l 44,25 à 88,50 µmol/l

Antécédent du 30/08/21 - 12:23 : 6,31 mg/l

ACIDE URIQUE.....: 42,90 mg/l 26,00 à 60,00 mg/l
(Technique enzymatique - Uricase -) 255,26 µmol/l 154,70 à 357,00 µmol/l

Recommandations chez un patient goutteux : taux d'acide urique inférieur à 60 mg/L.
(American College of Rheumatology)

Laboratoire d'analyses
biomédicales BENJELLOUN
Dr Nada BENJELLOUN
Médecin biologiste
Tél: 0523370137 - 0701250137
Email: laboratoire.benjelloun@gmail.com

Tél : 05 23 37 01 37

Prélèvement à domicile sur rendez-vous أحد العينات من المنزل بالموعد Urgences: 07 01 29 01 37

منى رقم 88، شارع جبران خليل جبران imm88 magasin 1 - El Jadida ٩ Essalam avenue jabran Khalil jabran imm88 magasin 1 - El Jadida الجديدة

✉ laboratoire.benjelloun@gmail.com