

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 Alali Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Alali 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° W21-807201

CO

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule :	378	Société :	18733
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : ESSAIDI BATOUL			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél. : Total des frais engagés : Dhs			

Autorisation CNDP N° : A-A-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : 		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade :			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie :			
En cas d'accident préciser les causes et circonstances			
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous un emblème de protection 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 : Signature de l'adhérent(e) :



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-807201
Remplissez ce volet, découpez le et conservez le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Coupon à conserver par l'adhérent(e).	
Matricule :	
Nom de l'adhérent(e) :	
Total des frais engagés :	
Date de dépôt :	

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
09/11/23	6	6		Dr. MOUSSAIS AïNE Aicha Médecine Générale GIS El Fath INPE : 101105922

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	Designation des Coûts	Montant des Honoraires
	09.11.2011	Medecin Radiopiste Laboratoire et Mar	15H. 50

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

— VOLET ADHERENT

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

Dr. MOUSSAD KINE Aïcha
Médecine Générale
C/S El Fath
INPE : 101105922

Mr/Mme

ORDONNANCE

le

09/11/23

ESSOUDI EL BATOUF.

Fait SUP :

- glycémie à jeun

- Hb glycémie

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dr. MOUSSAD KINE Aïcha
Médecine Générale
C/S El Fath
INPE : 101105922

FACTURE
LABORATOIRE D'ANALYSES MEDICALES AL MANAL

Avenue Al Massira N°: 1013 RDC, Amal 5, CYM
Tel: 0537 280 809 / Fax: 0537 799 903 laboratoirealmanal@gmail.com

ICE: 00177547800076

INPE: 103060950

IF:14372610

Rabat le : 9 novembre 2023

Mme ESSAIDI EL BATOUL

Mutuelle

FACTURE N°	222850
------------	--------

Analyses :

Glycémie (à jeûn)* -----	B	30	
Hémoglobine glycosyliée -----	B	100	Total : B 130

Prélèvements :

Prélèvement-----	Pc	1,5	
------------------	----	-----	--

TOTAL DOSSIER | 154,50 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de :

Cent Cinquante Quatre Dirhams et Cinquante Centimes

Dr. A. ALDJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire Al Manal

Dossier N° : 2360369

Ouvert le : 09/11/23

Prélèvement effectué à 11:36

Edition du : 09/11/23

Prescripteur :

Mme ESSAIDI EL BATOUL

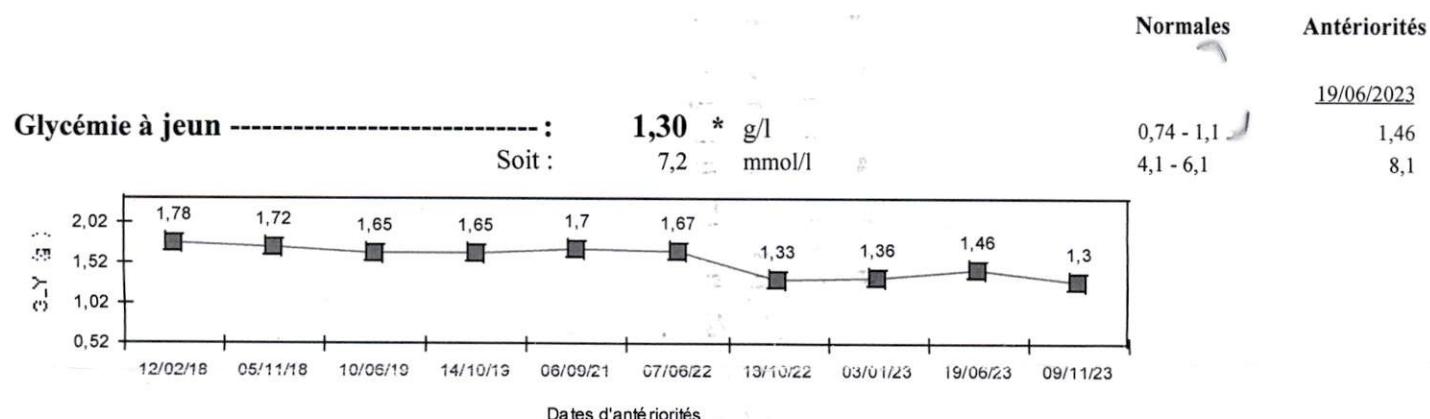
DDN : 01/01/1944

Page 1/1

Compte Rendu d'Analyses

Medecin biologiste Dr Aldjoun Bennani Abir

BIOCHIMIE



Hémoglobine glycosylée ----- : 7,10 * % 4,8 - 6 6,60

4,8-6%: valeurs normales (non diabétique)

6,5%: excellent équilibre glycémique (DNID)

7%: excellent équilibre glycémique (DID)

8-10%: mauvais équilibre glycémique, action corrective suggérée.

>10%: équilibre glycémique médiocre, action corrective nécessaire

Dr. A. ALJOUN - BENNANI
Médecin Biologiste
Laboratoire AL Manal

