

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'entête 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.

Reéducation :

- L'entête préalable renseignée par le spedéerin prescripteur est exigé avant le début des séances de réductions.
- 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 canalaire, l'accord préalable renseigne sur la feuille de soins est obligatoire avant le début du traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio après soin est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

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

- | | |
|--------------------------------------|----------------------------|
| 0 - Recruteurs | recruteurs@mupras.com |
| 0 - Prise en charge | prise_en_charge@mupras.com |
| 0 - Adhésion et changement de statut | adhésion@mupras.com |



Déclaration de Maladie

N° W19-488143

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent(e)			
Matricule	996	Société	
<input type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre	
Nom & Prénom : Boubhata Fatiha			
Date de naissance :			
Adresse :			
Tél	06.61.33.60.80	Total des frais engagés : _____ Dhs	

Cadre réservé au Médecin	
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 dates et circonstances : _____	
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les enseignements sous secret défense au 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) : ACCUEIL

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de présenter la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Veuillez fournir une facture

Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES		Dents Traitées	Nature des soins	Coefficient	Coefficient des soins Montant des soins Début d'exécution Fin d'exécution Coefficient des travaux Montant des soins Date du devis Fin de						
O.D.F. Prothèses dentaires		Détermination du coefficient masticatoire									
		H	21433552								
		D	00000000	00000000	G						
			00000000	00000000							
			35533411	11433553							
		(Création, Remont, adjonction) Fonctionnel, thérapeutique, nécessaire à la profession									
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>											
VOLET ADHERENT		NOM :		Mle							
DECLARATION N°		W18-399081									
Date de Dépôt		Montant engagé		Nbre de pièces Jointes							
Durée de validité de cette feuille est de (3) trois mois Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle											



W18-399081

DATE DE DEPOT

...../...../201...

A REMPLIR PAR L'ADHERENT		Mle 996									
Nom & Prénom		Poulabarta Fatima									
Fonction :		Phones. 0661336080									
Mail		/									
MEDECIN		Prénom du patient Fatiha Poulabarta									
<input checked="" type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Age		Date 23/07/19									
Nature de la maladie		Date 1ère visite HTA									
S'agit-il d'un accident : Causes et circonstances											
Nature des actes		Nbre de Coefficient	Montant détaillé des honoraires								
PHARMACIE		Date 2/11/19									
Montant de la facture		387.00									
ANALYSES - RADIOPHGRAPHIES		Date 07/08/19									
Désignation des Coefficients		Montant détaillé des Honoraires									
BL460-Rc / 134		640.-									
AUXILIAIRES MEDICAUX		Date :									
<table border="1"> <tr> <th rowspan="2">AM</th> <th rowspan="2">PC</th> <th rowspan="2">IM</th> <th rowspan="2">IV</th> <th>Nombre</th> <th>Montant détaillé des Honoraires</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> </tr> </table>		AM		PC	IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires			
AM	PC						IM	IV	Nombre	Montant détaillé des Honoraires	

PHARMACIE DARBOUZA
 ZAFAR 2014 Anina
 Dar Bazzazza Due Ferrar BP 03
 Tel: 0522 280177 - Dar Bouza
 ZAFAR 2014 Anina
 Avenue du Phara Résidence KENZ
 N°5, Route Extension Bourgogne
 Tel: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca
 LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
 MEDICALES

وصفة طبية
Ordonnance

Casablanca, le :

23.2.19

Dr Boulchakia
Fatima

26.00

- Normotens 50 S.A = 1/248

361.00

- Ex force 160 mg
1 ps

387.00

- Régime

peu

sûre

x 3 mois

PHARMACIE DAR BOUAZZA
ZAHZOURI Amina
Dar Bouazza Ouled Jerrar BP. 93
Tél. : 0522 29 01 74 - Dar Bouazza

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
Pr ASS ELOUARABI Amin
Cardiologie

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplômé de la Faculté Paris V
 Spécialiste en Bacterio - Virologie
 Biochimie - Hematologie - Immunologie
 Parasito-Mycologie

Date du prélèvement : 07-08-2019 à 10:46

Code patient : 1908070008

Né(e) le : 01-01-1940 (79 ans)



Mme HOUTI Fatima

Dossier N° : 1908070008

Prescripteur :

HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Hématies	4.45	M/mm3	(4.00–5.50)
Hémoglobine	12.70	g/100ml	(12.00–16.00)
Hématocrite	38.50	%	(35.00–47.00)
VGM	86.52	μ3	(83.00–95.00)
TCMH	28.54	pg	(27.00–33.00)
CCMH	32.99	g/100ml	(32.00–36.00)

Leucocytes	11 650	/mm3	(4 000–10 000)
------------	--------	------	----------------

Polynucléaires	6 524	/mm ³	soit	56	%	(50–75)
Neutrophiles	233	/mm ³	soit	2	%	(1–3)
Polynucléaires Eosinophiles	0	/mm ³	soit	0	%	(0–1)
Polynucléaires Basophiles	3961	/mm ³	soit	34	%	(20–36)
Lymphocytes	932	/mm ³	soit	8	%	(3–7)

Total 100 %

Plaquettes	308 000	/mm3	(150 000–400 000)
------------	---------	------	-------------------

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
 MEDICALES
 Avenue du Phare Résidence KENZ
 N°5, Racine Extension Bourgogne
 Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Docteur ZIZI Abdelhafid

Diplômé de la Faculté Paris V
 Spécialiste en Bacterio - Virologie
 Biochimie - Hematologie - Immunologie
 Parasito-Mycologie

1908070008 – Mme HOUTI Fatima

BIOCHIMIE SANGUINE (Hitachi 911)

Glycémie (à jeun) 0.90 g/L (0.70–1.10)

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 5.6 %

Interprétation :

(Diabète stable < 7 %)

(Diabète instable > 8 %)

(Niveau non diabétique <6%)

Urée 0.35 g/l (0.17–0.43)

Créatinine 9.9 mg/L (7.0–12.0)

Cholestérol total 1.60 g/L (1.40–2.20)

Cholestérol – HDL 0.53 g/L (0.35–0.65)

Cholestérol – LDL 0.81 g/L (<1.60)

Triglycérides 1.32 g/L (0.40–1.88)

Validé par : Dr. ABDELHAFID ZIZI

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
 MEDICALES
 Avenue du Phare Résidence KENZ
 N°5, Racine Extension Bourgogne
 Tél. 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

Hôpital Universitaire International Cheikh Khalifa
El Ass Elouarradi Amal
Casablanca, le :
2011-2012
Ass. Elouarradi Amal
Endocrinologie

وصفة طبية
Ordonnance

23.7.19

Mme Boukharsa Fatima

Fecée SVP :

HDL sur TG de 10g

- NfS

- urée vésicale

OMS

HbA1c

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 36 87 49/54 - Casablanca

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754
N° de patente : 33104766 ICE : 00168 1325 000031 INPE : 097159503

FACTURE N° : 190800032

CASABLANCA le 07-08-2019
Mme HOUTI Fatima

Prescripteur :

Analyses effectuées le 07-08-2019

Récapitulatif des analyses

CN	Analyse	Val	Clefs
9105	Prélèvement sanguin	E25	E
0106	Cholestérol total	B30	B
0108	Cholestérol H D L	B50	B
0109	Cholestérol L D L	B50	B
0111	Créatinine	B30	B
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0135	Urée	B30	B
0216	Numération formule	B80	B

Total des B : 460

TOTAL DOSSIER : 640.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cent quarante dirham s.

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
MEDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N°5, Racine Extension Bourgogne
Tél: 05 22 38 87 49/54 - Casablanca

HOPITAL CHEIKH KHALIFA IBN ZAID

F A C T U R E

N° 91 974 / 2019 du 23/07/2019

Nom patient : BOUKHARTA FATIMA

Entrée 23/07/2019

Prise en charge : PAYANTS

Sortie 23/07/2019

	Nombre	Lettre Clé	Prix Unitaire	Montant
PRESTATIONS INTERNES				
- Consultation avec électrocardiogramme	1,00		350,00	350,00
Total Frais Clinique			Sous-Total	350,00
				350,00

Arrêtée la présente facture à la somme de :

TROIS CENT CINQUANTE DIRHAMS

	Total	350,00
--	--------------	---------------

Encaissements	Carte Bq	Total encaissé	Solde
	350,00	350,00	0,00

Centre
Monétique
Interbancaire

23/07/19 12:53:11
9900397820

93978201
HOP CHEIKH KHALIFA G4
Casablanca

A00000000031010
APP : VISA CLASSIC
HOUTI /FATI.M
xxxxxxxxxx5336
05/22 CARTE NATIONALE
365B8A69D3ECCEAC
606-0-9999-1-44

MONTANT: 350,00 MAD

NUM TRANSACTION : 003
NUM AUTORISATION: 0B7416
STAN : 006383

DEBIT

Le CMI vous remercie

TICKET A CONSERVER
COPIE CLIENT

Id :
Fatima, Boukharta
Indéfini --- (--) Indéfini
Taille : 0 cm Poids : 0 kg TA : 0/0 mmHg

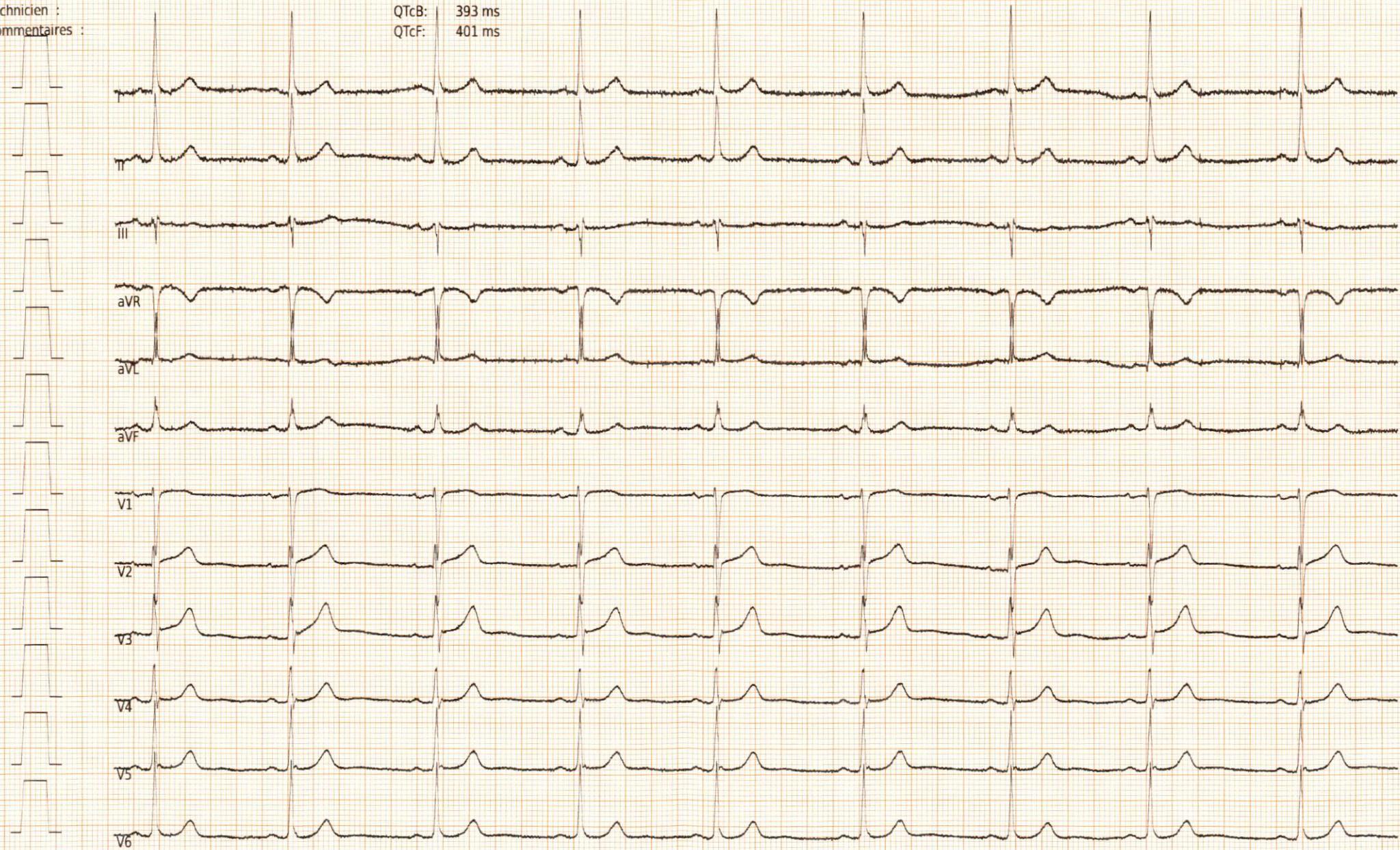
Méd. :
Technicien :
Commentaires :

23/07/2019 13:42:49

FC: 53 bpm PR: 164 ms QRS: 88 ms QT/QTcH: 418/406 ms QTcB: 393 ms QTcF: 401 ms

Rythme sinusal
--- Interprétation effectuée sans connaître l'âge/sexe du patient ---
ECG normal

RAPPORT NON CONFIRMÉ



Dép. :

25mm/s 10mm/mV LP:300Hz AC:50Hz Cardioline ECG200S v.2.11.7693