

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.

Biologie 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.

Éducation :

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 canalaire, 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 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

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

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.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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

Nº P19- 0039870

Dos n°

10916.

Optique

Autres

Maladie

Dentaire

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 6826 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : KARTI

EL Dostafa

Date de naissance :

Adresse :

Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 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) :

VOLET ADHÉRENT

Déclaration de maladie Nº P19- 039870

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 :

Rdm

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 canalaire, 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 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 Réclamation | : contact@mupras.com |
| 0 Prise en charge | : pec@mupras.com |
| 0 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 Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal 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

Nº P19-0028602

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 6826

Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom :

KARIFI EL NOUFACAT

Date de naissance :

1.1.1944

Adresse :

LOT ESSALANA II N°33 SIDI MAAROUF
CASA

Tél. : 0522583238

Total des frais engagés :

600,00

Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation :

25.10.19

Nom et prénom du malade :

Mouloud Aida

Age : en 1948

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

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 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 : CASA

Signature de l'adhérent(e)



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
28/10/19	C	9		

EXECUTION DES ORDONNANCES		
Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture

ANALYSES - RADIGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<i>AB-KAT MEDICAL Avenue du Plateau N° 5 - Résidence Extension Bourgogne Tel 05 22 36 87 49/54 Casablanca</i>	01/11/19	LB 60	6000

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 canalaire, ainsi que le bilan de l'ODF.				
SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE			
	H 25533412 00000000	21433552 00000000	G 00000000 35533411	COEFFICIENT DES TRAVAUX
	B 00000000	11433553	MONTANTS DES SOINS	
			DATE DU DEVIS	
			DATE DE L'EXECUTION	
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS				
VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION				

ORDONNANCE

LABORATOIRE ZILI
MÉDICALES
Avenue du Phare Résidence KENZ
N° 5 - Racine Extension Bourgogne
Tél 05 22 36 87 49/54 Casablanca

Cane Le : 25/10/19

GAT

Hautaine

Aïcha

VS

HbA_{1c}

CT, HDL, LDL

NFS + PG

TG

DR NAJIMI HABIB
MEDECIN CHEF
DU CS

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

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° : 1911010085

Casablanca le 01-11-2019

Prescripteur :

Mme MOUTMINE Aicha

Demande N° 1911010085

Date de l'examen : 01-11-2019

Correspondant : RADI

Analyses :

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
0118	Glycémie	B30	B
0119	Hémoglobine glycosylée	B100	B
0134	Triglycérides	B60	B
0216	Numération formule	B80	B
0223	VS	B30	B

Total des B : 430

TOTAL DOSSIER : 600 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : six cents dirham s

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES
 MEDICALES
 Avenue du Phare Résidence KENZ
 N° 5 - Racine Extension Bourgogne
 Tél 0522 368749/54 Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

1911010085 – Mme MOUTMINE Aicha

BIOCHIMIE SANGUINE (Hitachi 911)

Glycémie (à jeun) 1.19 g/L (0.70–1.10)

Hémoglobine glyquée (HbA1c) 7.3 % (4.5–7.0)

Interprétation :

(Diabète stable < 7 %)

(Diabète instable > 8 %)

(Niveau non diabétique <6%)

Cholestérol total 2.07 g/L (1.40–2.20)

Cholestérol – HDL 0.51 g/L (0.35–0.65)

Cholestérol – LDL 1.32 g/L (<1.60)

Triglycérides 1.19 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 0522 368749/54 Casablanca

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES

5,Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca.
Tél : 0522 368749 Fax : 0522 368754

Date du prélèvement : 01-11-2019 à 12:46
Code patient : 1911010085

Mme MOUTMINE Aicha
Dossier N° : 1911010085
Prescripteur :



HEMATOLOGIE

HEMOGRAMME

Hématies	3.36	M/mm3	(4.00–5.50)
Hémoglobine	10.60	g/100ml	(12.00–16.00)
Hématocrite	32.00	%	(35.00–47.00)
VGM	95.24	μ3	(83.00–95.00)
TCMH	31.55	pg	(27.00–33.00)
CCMH	33.13	g/100ml	(32.00–36.00)
 Leucocytes	 6 810	/mm3	(4 000–10 000)
Polynucléaires	3 609	/mm ³	soit
Neutrophiles	68	/mm ³	soit
Polynucléaires			53 % (50–75)
Eosinophiles			1 % (1–3)
Polynucléaires	0	/mm ³	soit
Basophiles			0 % (0–1)
Lymphocytes	2 724	/mm ³	soit
Monocytes	409	/mm ³	soit
	Total		100 %
 Plaquettes	 346 000	/mm3	(150 000–400 000)

VITESSE DE SEDIMENTATION

VS 1ère heure	40	mm	(<10)
VS 2ème heure	82	mm	(<20)

LABORATOIRE ZIZI D'ANALYSES MEDICALES
5, Avenue du Docetur Mohamed Sijelmassi (ex Av du phare) - Résidence KENZ
Racine extension Bourgogne -Casablanca
Tél 05 22 368749 Fax 05 22 368754