

# 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

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.

**AS :** 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

N° M21- 0060947

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

### Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 10335 Société :

☐ Actif ☒ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : NEGRADHI AZEDINE

Date de naissance : 17/05/19

Adresse :

Tél. : 060715646 Total des frais engagés : 600,00 Dhs

### Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : 02/11/2022

Nom et prénom du malade : NEGRADHI Yasmine

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☒ Enfant

Nature de la maladie : Dépendance - Asthme

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

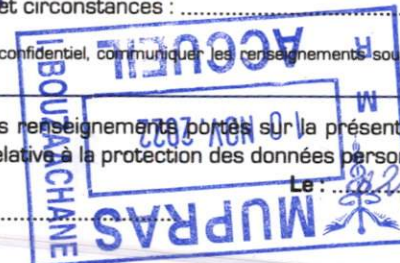
Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

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 : BORDJ Le : 02/11/2022

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019





# RELEVÉ 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
02/11/22	CA		150,00	

# EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
	02/11/2022	450,70

# ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/11/22	B80 + P1	90,00

# AUXILIAIRES MEDICAUX

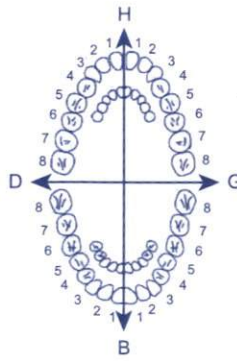
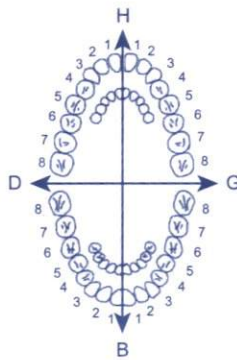
Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		AM	PC	IM	IV	

# RELEVÉ 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 canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient														
				Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>													
				MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>													
				DEBUT D'EXECUTION <input type="text"/>													
				FIN D'EXECUTION <input type="text"/>													
O.D.F PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE																
	<table border="1"> <tr> <td>H</td> <td>H</td> </tr> <tr> <td>25533412</td> <td>21433552</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>D</td> <td>G</td> </tr> <tr> <td>00000000</td> <td>00000000</td> </tr> <tr> <td>35533411</td> <td>11433553</td> </tr> <tr> <td>B</td> <td>B</td> </tr> </table>		H	H	25533412	21433552	00000000	00000000	D	G	00000000	00000000	35533411	11433553	B	B	Coefficient DES TRAVAUX <input type="text"/>
	H	H															
	25533412	21433552															
	00000000	00000000															
	D	G															
	00000000	00000000															
	35533411	11433553															
	B	B															
	(Création, remont, adjonction) Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession		MONTANTS DES SOINS <input type="text"/>														
			DATE DU DEVIS <input type="text"/>														
		DATE DE L'EXECUTION <input type="text"/>															

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Mouna TAMIM

Omnipraticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

Naguan yomenie

NFS AP

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRACHID  
Dr A. elmei FOURRANÉ  
183, Bd Mohamed V. N° 1 - étage 1 - Berrachid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

DOCTEUR MOUNA TAMIM  
OMNIPRATICIEN  
41 RUE TARIQ IBNOU ZIAD ETC  
BERRACHID TEL: 0522 32 44  
06 76 45 48 49

41, زنفقة طارق ابن زياد الطابق الأول برشيد - الهاتف : 05 22 32 44 55 - المحمول : 06 76 45 48 49

41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tél : 05 22 32 44 55 - GSM : 06 76 45 48 49





مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID

Dr Ahlam IOURDANE

Médecin Biologiste

Lauréate de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Casablanca

Biochimie - Hematologie - Sérologie - Immunologie - Bactériologie - Virologie - Parasitologie - Mycologie

INPE :063063499

FACTURE N° : 1221100010

BERRECHID le 02-11-2022

Enfant NEGROUI Yasmine

Récapitulatif des analyses		
Analyse	Coefficient	Clé
Forfait traitement échantillon sanguin	20	E20
Numération formule	80	B80

Total des B : 80

TOTAL DOSSIER : 90.00 DH

Arrêtée la présente facture à la somme de : quatre-vingt-dix dirhams .

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Boulevard Mohamed V - N° 1 - Etage 1 - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

INPE : 063063499  
ICE:002400927000071  
IF : 39483570

Date du prélèvement : 02-11-2022 à 11:07  
Code patient : 20221102027  
Né(e) le : 21-02-2008 (14 ans)

Enfant NEGRAOUI Yassmine  
Dossier N° : 20221102027  
Prescripteur : Dr TAMIM MOUNA



## HEMATOCYTOLOGIE

### NUMERATION FORMULE SANGUINE

(Sang total, cytométrie en flux, variation d'impédance)

Les valeurs de référence sont établies en fonction de l'âge et du sexe.

<b>GLOBULES ROUGES (Erythrocytes)</b>			4.58	M/μl	(4.00-5.20)
Hémoglobine			13.5	g/dL	(11.0-16.0)
Hématocrite			40.3	%	(35.0-46.0)
VGM (Volume globulaire moyen)			88.1	fL	(75.0-102.0)
TCMH			29.5	pg	(25.0-35.0)
CCMH			33.5	g/dL	(31.0-37.0)
<b>GLOBULES BLANCS (Leucocytes)</b>		6 460/mm <sup>3</sup>			(4 500-13 000)
1-Polynucléaires Neutrophiles	55.0%	Soit	3 553/mm <sup>3</sup>		(1 500-7 200)
2-Polynucléaires Eosinophiles	0.7%	Soit	45/mm <sup>3</sup>		(40-800)
3-Polynucléaires Basophiles	0.2%	Soit	13/mm <sup>3</sup>		(10-210)
4-Lymphocytes	38.1%	Soit	2 461/mm <sup>3</sup>		(1 300-4 500)
5-Monocytes	6.0%	Soit	388/mm <sup>3</sup>		(150-1 300)
<b>PLAQUETTES</b>		196 000/mm <sup>3</sup>			(160 000-439 000)
					(-)
VPM			11	fL	(2-13)

Validé par : Dr IOURDANE AHLAM

مختبر التحليلات الطبية برشيد  
Laboratoire d'Analyses Médicales BERRECHID  
Dr Ahlam IOURDANE  
183, Bd Mohamed V - 20000 - Etage 1 - Berrechid  
Tél/Fax : 05 22 03 04 61

Docteur Mouna TAMIM

Omni praticienne

Echographie

Médecine du Travail

Diplômée de l'Université

de Rennes en France

ICE : 002027784000027

الدكتورة منى تميم

الطب العام

الفحص بالصدى

طب الشغل

حاصلة على الدبلوم

من جامعة "رين" بفرنسا

INPE : 061173340

Berrachid, le

08-11-2022

Negroni y...  
72,00  
Hansal Multivitamin

94,00

vitamin

3x84,90

Duphaston



maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90



maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90



maphar  
Km 10, route côtière 111, Quartier industriel  
Zenata, Ain Sabaa Casablanca - Maroc  
DUPHASTON 10MG CP PEL B20 PPV : 84DH90

30,00

06 76 45 48 49 - الموحول - 05 22 32 44 55 - الطابق الأول برشيد - الهاتف  
41, Rue Tariq Ibnou Ziad 1<sup>er</sup> étage Berrachid - Tel : 05 22 32 44 55 - G

PPV : 30,00  
LOT :  
PER :