

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

- | | |
|------------------------------------|-----------------------|
| O Réclamation | : contact@mupras.com |
| O Prise en charge | : pec@mupras.com |
| O 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.

M22- 0025382

Maladie

Dentaire

Optique

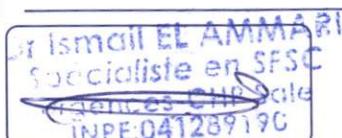
Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 1803 Société : R.A.M. Esc. RBA
 Actif Pensionné(e) Autre:
 Nom & Prénom : BELAFKID Parasur 147499
 Date de naissance : 02/01/1952
 Adresse Route Kenitra Hay Chamaa, ARS HTS ALA
16599 Safé
 Tél. : 0661362111 Total des frais engagés : 51.8, 4.0 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Kanssous Belafkida Age: 70

Lien de parenté : Lui-même Conjoint Enfant

Nature de la maladie : Bronchite Aigüe

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 : SALE Le : 01/02/2023

Signature de l'adhérent(e) : HAB



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
03/07/2011				

EXECUTION DES ORDONNANCES

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
	02/01/23	NFS k111 9N 200434	135,-

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.

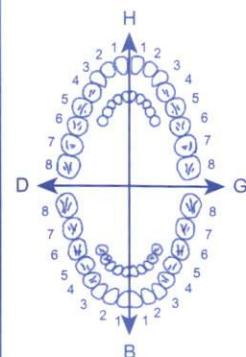
Important :

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

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



[Création, remont, adjonction]

Fonctionnel. Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

PPV: 168,20 DH
LOT: 650128
PER: 07/24

PPV: 126,30 DH
LOT: 650346
PER: 07/24

PPV: 4DH 60
PER: 07/25
LOT: L2652

Paracetamol
CHP/Sale
Nouvelles

60,00

08/01/23

Refill tondeur

Mr. Hans

Re: Bernardo

168,20
126,30

D Augerentif

1 Select - say x 10

60,00 orapred 20

say x 1

14,60 Delep 18

383,70 1g 24x1x37

say x 37

EL ANIMARI
Santé des animaux
Santé des chiens et chats
Dr. Kabbal Sanae
Dr. Kabbal Yacout
Pharmacie Yacout
Rte de Mahdia, Hay Chérif
Tunisie
Tel : 0522 239196
Cpalex Yacout Tel : 0522 23900038
Sale : 00421730000038
ICE : 00421730000038

ROYAUME DU MAROC * MINISTERE DE LA SANTE *

CENTRE HOSPITALIER PREFECTORAL PRINCE MOULAY ABDELLAH - SALE -

ID Echt	2675	ID Patient	
Nom		Type Echt	SERUM
Sexe	-	Antériorité	03-Jan-2023
Age	-	Date	03-Jan-2023
Ref. Dr		d'Enregistrement	

Sr.No.	test	Résultat	Alerte	Valeur Normale
1	CRP	33.0 mg/l	H	↑ 0.0 - 10.0 mg/l

Dr. El Groubi
Médecin biologiste
Unité du laboratoire - CHP
SALE

Date d'Analyse 03-Jan-2023 4:42

*Note : Analyses effectuées sur Analyseur Automatique XL 300

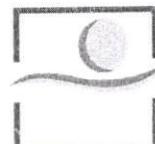
Date 03-Jan-2023 4:42 Page 1 of 1
d'Impression

Royaume du Maroc

Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

Région Rabat-Salé-Kénitra

HOPITAL PROVINCIAL MY ABDELLAH



وزارة الصحة والحماية الاجتماعية
Ministère de la Santé et de la Protection Sociale

ملكة المغربية

وزارة الصحة و الحماية الاجتماعية

جهة الرباط-سلا-القنيطرة

مشفى مولاي عبد الله

FACTURE EXAMEN

Code ANAM: 100005396

N° Compte Courant

Facture Numéro : 230002530

TRESORERIE PROVINCIALE DE SALI

Spécialité : URGENTOLOGIE (MA)

Type facture : PAYAN

Identification :

Index Patient : IP23069639

N° Examen : MA2300002675

Nom Patient : BELAFKIH

Prénom Patient : MANSOUR

Pas de pièce d'identité :

Adresse : SALE

Débiteur :

PAYANT

Bénéficiaire :

Nom complet : BELAFKIH MANSOUR

Lien avec l'assuré :

Dates :

Date Examen : 03/01/2023

Libellé	Code	Cle	Coeff	P.U	Nbr	Mt Ligne	Mt Patient
Biologie							
NUMÉRATION FORMULE (GLOBULES ROUGES/BLANCS/ PLAQUETTES)	B216	B	80	0,75	1	60,00	60,00
CRP (PROTÉINE C RÉACTIVE)	B370	B	100	0,75	1	75,00	75,00

Montant Total :
135,00

Montant Patient :
135,00

ARRETER LA PRESENTE FACTURE A LA SOMME DE : CENT TRENTÉ CINQ DIRHAMS

03/01/2023 04:03:00

Edité par : NOUMAS

Signature du responsable :

Signature du patient :



Demande d'analyse au laboratoire

Numéro d'entrée	Date	Numéro d'ordre Labo
03102123	03/02/2012	CHP de Salé Examens et Prestations PAYANT
Identité : Belq... la maison		N°.....
Renseignements cliniques :		

+ NTS CRP.

DR EL-SALI
Médical Laboratory
Centre du Laboratoire - CHP de Salé

Centrale EL AMAL
Société en SFSC
Tunisie - CHP de Salé
Tunisie - CHP de Salé
Tunisie - CHP de Salé

Rapport Analyse hématologique

ID échant. : 2675

Mode : WB-CBC+DIFF

ID patient :

Heure de l'analyse : 03-01-2023 04:33

Paramètre	Résultat	Unité
WBC	<u>7.55</u>	$10^3/\mu\text{L}$
Neu#	6.58	$10^9/\text{L}$
Lym#	L 0.42	$10^9/\text{L}$
Mon#	0.50	$10^9/\text{L}$
Eos#	L 0.03	$10^9/\text{L}$
Bas#	0.02	$10^9/\text{L}$
Neu%	H 0.871	
Lym%	L 0.056	
Mon%	0.066	
Eos%	L 0.004	
Bas%	0.003	
RBC	4.41	$10^6/\mu\text{L}$
HGB	12.7	g/dL
HCT	<u>38.9</u>	%
MCV	88.2	fL
MCH	28.9	pg
MCHC	32.8	g/dL
RDW-CV	0.125	
RDW-SD	42.7	fL
PLT	<u>151</u>	$10^3/\mu\text{L}$
MPV	8.9	fL
PDW	16.1	
PCT	1.34	mL/L
P-LCC	30	$10^9/\text{L}$
P-LCR	0.200	

Dr. EL. GHOUZI / Dr. ABDERRAHIM

Médecin Biologiste - CHU

Unité du Laboratoire - CHU

SALE

ROYAUME DU MAROC

Délégation du Ministère de la Santé

Hôpital ville :

Reçu de M. *BEL HAJI HASSAN* OuiTance

La somme de

N° 1200434

NATURE DE RECETTE	Ex.	SOMME
M A F		135
T C P P		<u>135</u>
TOTAL		135

Cachet du
Service

le 02.07.2023

Signature du
Régisseur