

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 de compte rendu (cas où il est 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

N° W21-776153

Couleur

<input type="checkbox"/> Maladie	<input type="checkbox"/> Dentaire	<input type="checkbox"/> Optique	<input type="checkbox"/> Autres
Cadre réservé à l'adhérent (e)			
Matricule : A 053 1 Société : RAN			
<input checked="" type="checkbox"/> Actif	<input type="checkbox"/> Pensionné(e)	<input type="checkbox"/> Autre :	
Nom & Prénom : CHAHOUI NUSTAFAMA			
Date de naissance : 11/12/1995			
Adresse : 10000			
Tél. : 0662531822 Total des frais engagés : 285,10 Dhs			

Autorisation CNL N° : AA-215/2019	Cadre réservé au Médecin		
	<input type="checkbox"/> Cachet du médecin : <i>ABOUM Amel Médecin</i>		
Date de consultation :			
Nom et prénom du malade : CHAHOUI HADAK Age: 13 ans			
Lien de parenté :	<input type="checkbox"/> Lui-même	<input type="checkbox"/> Conjoint	<input type="checkbox"/> Enfant
Nature de la maladie : Anémie			
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 : 26/12/2022
Signature de l'adhérent(e) : *Sid Zekri*



VOLET ADHÉRENT	
Déclaration de maladie	N° W21-776153
Remplissez ce volet, découpez-le et conservez-le. Il sera nécessaire de le présenter pour toute réclamation ultérieure.	
Matricule : _____	
Nom de l'adhérent(e) : _____	
Total des frais engagés : _____	
Date de dépôt : _____	
Coupon à conserver par 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
26/12/2022	CS	gratuit		INP : 101237386

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
Centre Biomedical El Aliaoui Dr Alioune El Aliaoui Z.N.P.E. 013-065-011 M. Mohamed Youssef Najar, Immeuble 113-A Avenue Z. Temara Tel: +33 6 53 126 151	Le 27/12/2022	330,00 Dhs 240,00 DH

ANALYSES - RADIGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre	Montant détaillé des Honoraires
		AM PC IM IV	
Dr. KENATIYA Aissa Y. TEMARA 62, Avenue Mohamed V - 102010284 INPE : 102010284	30/12/2022		25,10

VOLET ADHERENT

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

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	INP :
</td				

LMP : 201237386



30 DEC 2022

OBSES CONNANCE

PERMANENCE ANDALOUSI LIBRAirie
62, Avenue Mohammed V - TEMARA
Tél : 0537 64 27 12
INPE : 102010204

Houssine CHAOUKI

Le :

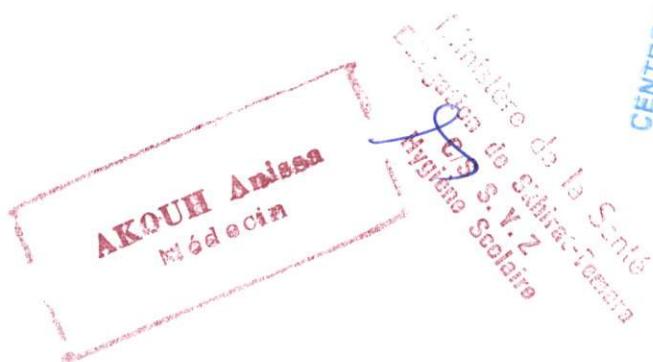
ORDONNANCE

26/12/2022

.....Le :

Hajar choonki

- ① NFS + pfg
- ② Ferri tineurine



CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI
Dr. Amine EL ALAOUI
Av Mohammed V lotissement Nahah
Immeuble 1-13, Nahasin 2, Rabat
Tél +212 524 123 777



Le code INPE : **043065077**

Prélèvement du : 27/12/2022 08:30:00

Édité le : 27/12/2022 12:32:50

Dossier N° 22120229

Nom et Prénom : **CHAOUQI HAJAR** Sexe : F

Age : 13 ans Né(e) le : 17/10/2009

Prescripteur :

HEMATOCYTOLOGIE

Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antécédents
-----------	-------	----------------------	-------------

NUMERATION SANGUINE

(cytométrie de flux)

GLOBULES BLANCS.....	7 310	/mm ³	4 000 - 13 000
GLOBULES ROUGES.....	4.25	M/mm ³	4.20 - 5.40
HEMOGLOBINE.....	12.4	g/dL	11.5 - 14.5
HEMATOCRITE.....	38.3	%	36.0 - 46.0
VGM.....	90.0	μ ³	76.0 - 102.0
TCMH.....	29.2	pg	25.0 - 35.0
CCMH.....	32.5	g/dL	31.0 - 37.0

FORMULE LEUCOCYTAIRE

POLYNUCLEAIRES NEUTROPHILES.	45.5	%	
Soit	3 326	/mm ³	1 500 - 7 500
POLYNUCLEAIRES EOSINOPHILES.....	2.6	%	
Soit	190	/mm ³	0 - 500
POLYNUCLEAIRES BASOPHILES.....	0.1	%	
Soit	7	/mm ³	0 - 100
LYMPHOCYTES.....	46.2	%	
Soit.....	3 377	/mm ³	1 500 - 5 000
MONOCYTES.....	5.6	%	
Soit	409	/mm ³	200 - 1 000

PLAQUETTES

Numération.....	259	10 ³ /mm ³	150 - 400
VPM(volume plaquettaire moyen)..	10.2	fL	

Validé biologiquement par : **Dr AMINE EL ALAOUI**

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI
Dr Amine EL ALAOUI
Av Mohamed V, lotissement Najah,
Immeuble 712, Magasin 2, Temara
Tél : +212 436 136 151



Prélèvement du : 27/12/2022 08:30:00

Patient N° : 229

Nom et Prénom : CHAOUQI HAJAR F

Age : 13 ans Né(e) le : 17/10/2009

Prescripteur :

Demande du : 27/12/2022 08:30:00

Edité le : 27/12/2022 12:32:50

MARQUEURS PROTEIQUES

	Résultats	Unité	Valeurs de référence	Antécédents
FERRITINE SERIQUE.....:	12.90	ng/ml		
(Vidas Biomérieux)				
Nouveau-nés	: 50 - 450			
<1 mois	: 90 - 600			
1 - 2 mois	: 140 - 400			
2 - 6 mois	: 40 - 220			
6 mois - 15 ans	: 15 - 80			
Femme < 45 ans	: 9.8 - 104.2			
Femme > ou = 45 ans	: 10.6 - 232.3			
Homme	: 18.2 - 341.2			

Validé biologiquement par : Dr AMINE EL ALAOUI

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI
 Dr. Amine EL ALAOUI
 Av. Mohamed V, lotissement Najah,
 Immeuble 111, Magasin 2, Temara
 Tel : 05 30 13 61 51



Facture N° 40

Nom et prénom : CHAOUQI HAJAR 13 ans-F

Date de prélèvement : 27/12/2022

Mutuelle :

Référence : 229

Médecin prescripteur :

Acte de biologie demandé	Cotation B
NFS, FERRITINE SER	330

Total du (B)	330 B
Montant en DH	270 DH

La présente facture est arrêtée à la somme de deux cent soixante dix dirham

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI
Dr Amine EL ALAOUI
Av Mohamed V lotissement Najah.
Immeuble 1-13, Magasin 2, Temara
Tél +212 530 138 153