

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 canaux, 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 canaux.

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.



Déclaration de Maladie

N° W21-776153

Comme

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : A 0532 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :

Nom & Prénom : CHABOUY NUSTADIA

Date de naissance : 14/7/95

Adresse : 147695

Tél. : 0661531832 Total des frais engagés : 185,10 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation :

Nom et prénom du malade : CHABOUY HASAK Age : 13 ans

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

Nature de la maladie : Auënie

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 : 812 le : 26/12/2022

Signature de l'adhérent(e) : 812

VOLET ADHERENT

Déclaration de maladie N° W21-776153

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 :

Adresses Mails utiles

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

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 |
| 26/12/2022 | | 5 | gratuit | INP : 101237386 |

| EXECUTION DES ORDONNANCES | | |
|---|---------------|-----------------------|
| Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur | Date | Montant de la Facture |
| <p>CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI</p> <p>Dr. Amine EL ALAOUI</p> <p>ZVPE 013965013</p> <p>Av Mohamed Voudessment Najah,</p> <p>Immeuble 1-13 A, 2ème étage</p> | Le 27/12/2022 | 330,00 F |

[illegible][illegible]

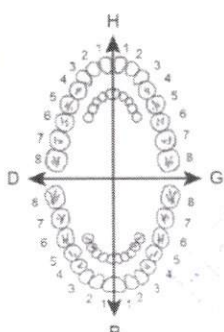
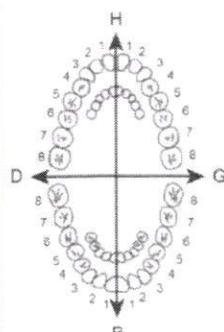
* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

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 canalaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

| SOINS DENTAIRES | Dents Traitées | Nature des Soins | Coefficient | INP : <input type="text"/> |
|--|--|------------------|-------------|--|
|  | | | | 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 | | | |
|  | <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> H 25533412 21433552 00000000 00000000 D </div> <div style="text-align: center;"> G 00000000 00000000 35533411 11433553 B </div> </div> | | | COEFFICIENT DES TRAVAUX <input type="text"/> |
| | [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 PRACTICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRACTICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

INPE : No 237 386



rgi : x (o 2)mas

① 25/10
Fumelle p:

Hayat CHAOUKI

Le :

30 DEC 2022

ANNONCE

Pharmacie ANDALOUSSI Latifa
Dr. BENATIYA ANDALOUSSI Latifa
62, Avenue Mohamed V - TEMARA
Tél : 0537 64 27 12
INPE : 102010204

ORDONNANCE

26/12/2022

Le :

Hajar Chaouki

① NFS + plq

② Ferritineémie

CENTRE BIOMEDICAL EL ALAOUI
Dr. Amine EL ALAOUI
Av Mohamed V lotissement Najah
Immeuble 1-13, Al-Azasin 2, Tamara
Tel : 343 510 125 343

AKOUH Amessa
Médecin

Ministère de la Santé
Département de Soins Primaires
Hygiène Scolaire



Le code INPE : 043065077

Prélèvement du : 27/12/2022 08:30:00

Edité 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

NUMERATION SANGUINE

(cytométrie de flux)

| Résultats | Unité | Valeurs de référence | Antécédents |
|----------------------|-------|----------------------|----------------|
| 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 1-13, Magasin 2, Temara
Tél : 05 30 13 61 51



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 1-13, Magasin 2, Temara
Tél : 05 30 13 61 51



Facture N° 40

Nom et prénom : CHAOUQI HAJAR 13 ans-F

Date de prélèvement : 27/12/2022

Référence : 229

Mutuelle :

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 : +212 530 138 151