

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.
- les achats des médicaments à l'étranger en cas d'absence des vignettes ou codes-barres une facture du pharmacien est exigée en plus de l'ordonnance du médecin prescripteur

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 une fois par an.

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

W21-833227

☒ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 11923 Société : RAM

☒ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre : 188199

Nom & Prénom : SETTATI MUSTAFA

Date de naissance : 22/10/77

Adresse : 29, rue Al Hachemi, 12, Mardi Cas

Tél. : 0923419193 Total des frais engagés :Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :



Date de consultation : 20/12/23

Nom et prénom du malade : Kenga Aoume Age:

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

Nature de la maladie : Systemic Lupus Erythematosus

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

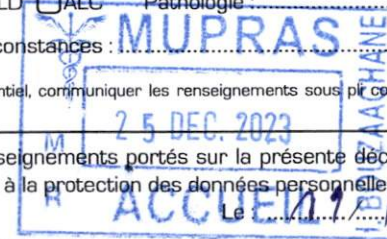
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

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 : Casablanca Le 20/12/23

Signature de l'adhérent(e) :



Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

PRAFRO5/V2/20-10-2023

[illegible][illegible]

ANALYSES - RADIOGRAPHIES			
Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Coefficients	Montant des Honoraires
<p>معامل الفا</p> <p>ممل فنتانا - المعادي</p> <p>04-936-624</p>	19/12/23		125000

[illegible]

RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

Veillez 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	Montant des Honoraires	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				COEFFICIENT DES TRAVAUX
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;"> <p>H</p> <p>25533412 21433552</p> <p>00000000 00000000</p> <p>D ————— G</p> <p>00000000 00000000</p> <p>35533411 11433553</p> <p>B</p> </div> </div>				<input type="text"/>
	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <p>(Création, remont, adjonction)</p> <p>Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession</p> </div> <div> <p>Montant des Honoraires</p> </div> </div>				MONTANTS DES SOINS
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				DATE DU DEVIS
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				DATE DE L'EXECUTION
	<input type="text"/>				<input type="text"/>
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				
	<input type="text"/>				

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

مستشفى النيل بدراوي



مستشفيات كليوباترا



OPN230136795

كنزہ وشعار العربي وشعار

تاريخ الدخول 11:42:32 25/10/2023

U2399180017

اسم اله

الرقم الـ

تاريخ 23/10/23 الوقت

اريخ الميلاد

R/ Diagnosis: SLE

CBC , ESR, CRP

AST, ALT

creatinine

Urine



←

ملحوظة

■ الاستشارة خلال اسبوعين من تاريخ الكشف بالعيادات الخارجية مع ضرورة احضار اخر رويته
■ خدمة الزيارات المنزلية علي مدار الاسبوع
■ الأجازات المرضية يجب أن تعتمد بختم العيادة





تاريخ الحضور : 11/12/2023
تاريخ التقرير : 11/12/2023

اسم المريض : كنزه وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 203231216780
عمر المريض : 47 Y

Hematology Unit

Ref. Range

Erythrocyte Sedimentation Rate (E.S.R)

First Hour : 16 mm 0 - 20

Reviewed By:

dr.noha mohamed



pt. Branch: المعادي - فونتانا



Printed by: 4364 خليله عزت
A MEMBER OF ALFA MEDICAL GROUP

PM :Printed on 06:38 19/12/2023

معامل الفا

16191



تاريخ الحضور : 11/12/2023
تاريخ التقرير : 11/12/2023

اسم المريض : كنزه وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 203231216780
عمر المريض : 47 Y

Chemistry Unit

			Ref. Range
Serum Creatinine	0.80	mg/dl	0.56 - 1.04
ALT(SGPT)	17	U/L	0 - 35
AST (SGOT)	17	U/L	0 - 35
C-Reactive Protein (CRP) Titre	1.1	mg/L	Less Than 5

Reviewed By:

dr.noha mohamed



تاريخ الحضور : 11/12/2023
تاريخ التقرير : 11/12/2023

اسم المريض : كنزہ وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 203231216780
عمر المريض : 47 Y

Hematology Unit

Complete Blood Picture (CBC)

	Result	Unit	Ref. Range
Haemoglobin	12.40	g/dL	11.5 - 16
Hematocrit	36.1	%	34 - 44
Red cell count	4.63	$\times 10^6 / \mu\text{L}$	3.8 - 5.4
MCV	78.0	fL	78 - 96
MCH	26.8	pg	26 - 32
MCHC	34.3	g/dL	31 - 36
RDW	13.5	%	11.5 - 14.5
Platelet Count	201	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	150 - 410
T.L.C	4.8	$\times 10^3 / \mu\text{L}$	4 - 11

Differential Count

	Percentage(%)	Ref. Range	Absolute Count	Ref. Range
	Result		Result	
Basophils :	1 %	0 - 1	0.0 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0 - 0.11
Eosinophils :	2 %	0 - 6	0.1 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0 - 0.6
Stab :	0 %	0 - 7	0.0 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	
Segmented	49 %	40 - 75	2.4 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	2 - 7
Lymphocytes :	40 %	20 - 45	1.9 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	1.5 - 4
Monocytes	8 %	1 - 10	0.4 $\times 10^3 / \mu\text{L}$	0.2 - 1

Comments : Normal Blood Picture.

Reviewed By:

dr.noha mohamed



Branch: المعادي - فونتانا



تاريخ الحضور : 11/12/2023
تاريخ التقرير : 11/12/2023

اسم المريض : كنزہ وشعار العربي / Miss
رقم المريض : 78-9238
رقم الزيارة : 203231216780
عمر المريض : 47 Y

Microbiology Unit

Urine Analysis

Colour Yellow
Aspect Clear
pH 5
Specific Gravity 1,020

Chemical Examination

Glucose Absent
Ketone Bodies Absent
Bilirubin Absent
Urobilinogen N.Trace
Albumin Absent

Microscopic Examination

Pus cells/ HPF 0 - 2
R.B.Cs/HPF 0 - 1
Epithelial cells Rare
Crystals Absent
Amorphous materials Absent
Casts Absent
Parasities Absent
Yeast cells Absent
Others Absent

Ref. Range

Yellow
Clear - S.Turbid
5 - 8
1005 - 1030

Absent
Absent
Absent
N. Trace
Absent

Up To 10
Up To 5
Few
Absent
Absent
Absent
Absent
Absent
Absent



Reviewed By:

dr.noha mohamed

Pt. Branch: المعادي - فونتانا

Page 1 of 1

Printed by: 4364 خليفه عزت

PM :Printed on 06:38 19/12/2023

All Amounts are in Egyptian Pound currency

ACC No. 203231216780

Payer 500128- قائمه 2023

Contract قائمه 2023

Received From كنزه وشعار العربي

Reg. Date: 11/12/2023 08:40 AM

Print Date: 19/12/2023 06:40 PM

Service	Service price	Currency
Complete Blood Picture (CBC)	300	Egyptian Pound
SGOT (AST)	120	Egyptian Pound
SGPT (ALT)	120	Egyptian Pound
Serum Creatinine	120	Egyptian Pound
Erythrocyte Sedimentation Rate (ESR)..	175	Egyptian Pound
Urine Analysis	120	Egyptian Pound
C-Reactive Protein (CRP) Titre	300	Egyptian Pound
Web Result	0	Egyptian Pound
SMS	0	Egyptian Pound

Total amount 1,255

Insurance 0

Cash 1,255

Paid 1,255

Remaining 0

Discount 0

Total refund 0

Co Payment 0

Cashier 4364 خليفه عزت

